



Université de Montréal

**Comportements d'attachement et de désinhibition sociale  
d'enfants consultant en pédopsychiatrie : lien avec des  
caractéristiques maternelles**

par Marthe Delbarre

Programme de Sciences biomédicales

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc)

en Sciences biomédicales

option Sciences psychiatriques

Décembre 2017

© Marthe Delbarre, 2017

## Résumé

**Contexte :** Les études récentes ont contribué à distinguer les comportements de désinhibition du contact social (CDCS) du concept d'attachement. Pourtant, certains auteurs soutiennent qu'ils pourraient avoir un lien avec l'attachement insécurisant, notamment lors de la constitution des premiers liens avec la mère. Toutefois, très peu d'études ont examiné ce lien chez des enfants vivant avec leur mère biologique. De plus, bien que souvent associés à des difficultés d'adaptation chez l'enfant, les comportements d'attachement mère-enfant de type insécurisant et les CDCS n'ont été jusqu'à présent que très rarement étudiés en population pédopsychiatrique. **Objectifs :** Le premier objectif de l'étude est d'examiner s'il existe un lien entre l'attachement mère-enfant de type insécurisant et la présence de CDCS chez des enfants consultant en service de pédopsychiatrie. Le second objectif est de tester si des variables liées au fonctionnement psychologique maternel sont associées avec, d'une part, différents patrons d'attachement mère-enfant et, d'autre part, la présence de CDCS chez l'enfant. **Méthode :** Vingt-neuf dyades mère-enfant (âges entre 23 et 71 mois) consultant en service de pédopsychiatrie ont participé à l'étude. Les CDCS ont été mesurés avec le *Rating of Infant-Stranger Engagement* (RISE; Riley et al., 2005). L'attachement mère-enfant a été examiné avec la Situation Étrangère (Ainsworth et al., 1978) ou la procédure de Séparation-Réunion (Cassidy & Marvin, 1992), selon l'âge de l'enfant. Les symptomatologies dépressive et anxieuse des mères ont été évaluées à partir du *Brief Symptoms Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) et le stress maternel à partir du *Parenting Stress Index, Short Form* (PSI-SF; Abidin, 1990a), versions francophones. **Résultats :** La présence de CDCS chez l'enfant est associée à l'attachement désorganisé/contrôlant et inversement associée à l'attachement sécurisant. L'anxiété maternelle est associée à l'attachement évitant. La sous-échelle « détresse parentale » du PSI-SF est associée à l'attachement désorganisé/contrôlant. Aucune des variables maternelles testées n'est associée aux CDCS. **Conclusion :** Les implications cliniques suggérées par ces résultats et l'intérêt de poursuivre des recherches futures entre les déterminants psychologiques maternels et l'attachement mère-enfant auprès de populations d'enfants consultant en pédopsychiatrie seront discutés.

**Mots-clés :** attachement, comportements de désinhibition du contact social, population pédopsychiatrique, psychopathologie maternelle, stress maternel.

## Abstract

**Background:** Recent studies have contributed to distinguish Disinhibited Social Engagement Behavior (DSEB) from the concept of attachment. However, some authors suggest that it may be linked to insecure mother-child attachment in early childhood. Although DSEB has mainly been studied in children reared in institutions or foster care, few studies have documented its occurrence among children living with biological parents. Additionally, while insecure attachment and DSEB have often been associated with children maladaptation and behavior problems, both constructs until now have very rarely been studied in populations of young children referred to an outpatient mental health clinic. **Objectives:** The first aim of this study was to assess whether mother-child insecure attachment is related to DSEB in clinically-referred children. The second aim was to examine whether variables related to mother's own psychological functioning could be associated with mother-child attachment insecurity and DSEB, respectively. **Method:** Twenty-nine children (23-71 months) and their mother participated in this study. DSEB was measured with the Rating of Infant-Stranger Engagement (RISE; Riley et al., 2005). According to child age, mother-child attachment was assessed using the Strange Situation (Ainsworth et al., 1978) or the Separation-Reunion Procedure (Cassidy & Marvin, 1992). Maternal depressive and anxious symptoms were assessed using the French version of the Brief Symptoms Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) and maternal stress was assessed with the French version of the Parenting Stress Index, Short Form (PSI-SF, Abidin, 1990a). **Results:** DSEB significantly correlated with insecure-disorganized/controlling attachment and inversely correlated with secure attachment. Maternal anxiety and the parental distress subscale of the PSI-SF were respectively associated with insecure-avoidant attachment and insecure-disorganized/controlling attachment. There was no significant correlation between maternal psychological functioning and DSEB. **Conclusion:** The discussion has focused on the implications of these results for clinical interventions and has suggested future directions for research with young children referred to outpatient mental health clinics.

**Keywords:** attachment, disinhibited social engagement behavior, child psychiatric population, maternal psychopathology, maternal stress.

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures .....	vii
Liste des sigles .....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Recension des écrits .....	7
1.1 La relation d’attachement de l’enfant à sa figure de soins.....	7
1.2 Les Comportements de Désinhibition du Contact Social (CDCS) .....	13
1.3 Comportements d’attachement et CDCS chez l’enfant: quel lien? .....	17
1.4 Comportements d’attachement et CDCS chez l’enfant : lien avec la dépression, l’anxiété et le stress maternels .....	22
1.4.1 La dépression maternelle .....	23
1.4.1.1 Définition de la dépression .....	23
1.4.1.2 Comportements observés chez les mères dépressives en relation avec leur enfant .....	24
1.4.1.3 Dépression maternelle et comportements d'attachement de l'enfant à sa mère	26
1.4.1.4 Dépression maternelle et CDCS chez l’enfant.....	31
1.4.2 L'anxiété maternelle .....	33
1.4.2.1 Définition de l'anxiété.....	33
1.4.2.2 Comportements observés chez les mères anxieuses en relation avec leur enfant .....	34
1.4.2.3 Anxiété maternelle et comportements d'attachement de l'enfant à sa mère.....	35
1.4.2.4 Anxiété maternelle et CDCS chez l’enfant.....	36

1.4.3 Le stress parental vécu par la mère .....	37
1.4.3.1 Définition du stress parental .....	37
1.4.3.2 Comportement des mères présentant un haut niveau de stress parental à l'égard de leur enfant.....	38
1.4.3.3 Stress parental vécu par la mère et comportements d'attachement de l'enfant à sa mère.....	39
1.4.3.4 Stress parental vécu par la mère et CDCS chez l'enfant .....	41
1.5 Résumé, objectifs, questions et hypothèses de recherche.....	42
Chapitre 2 : Méthode .....	46
2.1 Participants.....	46
2.2 Procédure .....	49
2.3 Instruments de mesure .....	49
2.4 Plan des analyses statistiques.....	56
Chapitre 3 : Résultats .....	57
3.1 Analyses préliminaires.....	57
3.2 Analyses principales .....	62
3.2.1 Première question de recherche: lien entre les comportements d'attachement mère-enfant et la présence de CDCS chez l'enfant .....	62
3.2.2 Deuxième question de recherche: lien entre les variables psychologiques maternelles et les comportements d'attachement de l'enfant.....	63
3.2.3 Troisième question de recherche: lien entre les variables psychologiques maternelles et la présence de CDCS chez l'enfant .....	64
Chapitre 4 : Discussion .....	68
4.1 Lien entre les comportements d'attachement mère-enfant et la présence de CDCS chez l'enfant .....	69
4.2 Lien entre les variables psychologiques maternelles et les comportements d'attachement de l'enfant à sa mère.....	75
4.3 Lien entre les variables psychologiques maternelles et la présence de CDCS chez l'enfant .....	85
4.4 Contributions, forces et limites de l'étude.....	88

4.5 Études futures.....	91
4.6 Intérêt, implications cliniques.....	94
Conclusion .....	96
Bibliographie.....	99

## Liste des tableaux

Tableau I.	Informations descriptives sur les variables relatives à la dépression et à l'anxiété maternelles ainsi qu'au stress parental vécu par la mère .....	60
Tableau II.	Distribution des échelles d'attachement et des CDCS .....	61
Tableau III.	Matrice de corrélations partielles entre BSI, PSI-SF, échelles d'attachement et CDCS, en contrôlant pour l'âge de l'enfant, l'âge de la mère et le revenu familial.....	65



## Liste des figures

Figure 1. Diagrammes de dispersion.....	66
---	----

## Liste des sigles

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BSI	<i>Brief Symtoms Inventory</i>
CDCS	Comportements de désinhibition du contact social
CIC	Corrélation intraclasse
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders</i>
ISP-B	Index de Stress Parental-Bref
MOI	Modèles Internes Opérants
PSI	<i>Parental Brief Index</i>
PSI-SF	<i>Parental Brief Index-Short Form</i>
RISE	<i>Rating of Infant-Stranger Engagement</i>
SPSS	<i>Statistical package for social sciences</i>
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TDCS	Trouble de désinhibition du contact social
TOP	Trouble oppositionnel avec provocation
TRA	Trouble réactionnel de l'attachement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

## Liste des abréviations

P. ex.      Par exemple

p.          page

*Aux enfants et aux familles, aux cliniciens et à tous ceux qui œuvrent pour améliorer la qualité des liens et de la communication entre les grands et les petits.*

*Afin que chacun se souvienne de l'enfant qu'il a été et qui demeure en soi.*

## Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à Karine Dubois-Comtois, directrice de ce projet et à Julie Achim, co-directrice, pour la confiance qu'elles m'ont accordée en acceptant d'encadrer mon travail de maîtrise. J'aimerais leur dire à quel point j'ai apprécié leur grande disponibilité, leur générosité et leur dynamisme communicatif. J'ai été extrêmement sensible à leurs qualités d'écoute et de compréhension ainsi qu'à leurs encouragements assortis de conseils judicieux qui ont contribué à alimenter ma réflexion tout au long de la rédaction de ce mémoire. En particulier, Karine Dubois-Comtois a été d'un soutien inestimable pour l'organisation du travail d'écriture et la réalisation des analyses statistiques. Julie Achim fut également un très bon guide par son esprit critique et méthodique. Sans leur collaboration étroite et leur aide précieuse ce projet n'aurait pu voir le jour.

Je suis particulièrement reconnaissante à Roger Godbout pour le soutien qu'il m'a accordé dès notre première rencontre, son expertise et ses conseils éclairés qui ont contribué à l'avancement de ce projet.

Mes remerciements vont également à Sylvaine De Plaen et à Alain Lebel, collègues et pédopsychiatres aux qualités exceptionnelles grâce auxquels tout a commencé. Merci de m'avoir accompagnée dans cette aventure, d'abord en m'accueillant chaleureusement au sein du service de pédopsychiatrie du Pavillon Albert-Prévost, puis en m'introduisant auprès de l'équipe de recherche et enfin par votre soutien et vos encouragements.

Je tiens également à remercier Sébastien Collette pour sa compréhension et pour m'avoir accordé la possibilité d'aménager mon temps de travail afin que je puisse terminer la rédaction de ce mémoire dans les temps impartis.

Je voudrais également exprimer ma reconnaissance à mes collègues de travail, pédopsychiatres et professionnels du service de pédopsychiatrie, ainsi qu'à mes amis qui m'ont apporté leur soutien moral tout au long de ma démarche.

Enfin, je ne pourrai terminer sans avoir une pensée toute particulière pour Olivier, mon conjoint, pour Gabrielle, ma sœur, et pour mes parents, qui tous, m'ont soutenue en tout temps, ainsi que pour mes enfants, source de joie.

# Introduction

La qualité de la relation entre l'enfant et son parent ou une figure parentale substitutive est reconnue depuis longtemps comme ayant une influence majeure sur le développement de l'enfant et son adaptation psychosociale (Cowan & Cowan, 2002; Sameroff & Fiese, 2000; Sroufe, 2000). En particulier, la question du lien d'attachement parent-enfant a retenu l'attention de nombreux chercheurs au cours des 30 dernières années. Bowlby (1969/1982) a défini la relation d'attachement de l'enfant à son parent comme un système motivationnel et interactionnel dont le but est de maintenir ou de rétablir la proximité de l'enfant avec une figure adulte protectrice, généralement la mère, en cas de situation de menace ou de détresse. En fonction de la réponse maternelle aux besoins de protection exprimés par l'enfant, les comportements d'attachement de ce dernier vont se développer selon un mode sécurisant ou insécurisant.

Les études empiriques ont confirmé le rôle fondamental de la qualité de la relation d'attachement parent-enfant dans le développement de l'enfant et dans l'émergence de troubles socio-affectifs ou adaptatifs (Kobak et al., 2006). Il a en effet été démontré que les enfants dont l'attachement est sécurisant forment des relations plus positives avec leurs pairs, collaborent mieux avec l'adulte et régulent plus efficacement leurs émotions que ceux qui ont développé un lien d'attachement insécurisant avec leur parent (Kerns et al., 2016; Thompson et al., 2016; Weinfeld et al., 2008). A l'inverse, l'attachement insécurisant est associé à des difficultés d'adaptation et à des problèmes de comportement chez les enfants d'âge préscolaire, en particulier aux comportements extériorisés ou intériorisés ainsi qu'à des problèmes émotionnels (DeVito & Hopkins, 2001; Greenberg et al., 2001; Shamir-Essakow et al., 2005). Ainsi, bien que considéré comme une condition non nécessaire ni suffisante à leur émergence, l'attachement insécurisant serait impliqué dans la survenue de difficultés diverses pouvant contribuer à l'apparition de psychopathologies (voir DeKlyen et al., 2016 pour revue).

Un style d'approche particulier, non pas dirigé vers la mère, mais vers des adultes inconnus, décrit sous le terme de « familiarité indiscriminée » ou de comportement de désinhibition du contact social (CDCS) est un autre mode relationnel associé à des difficultés d'adaptation et de comportement chez l'enfant. Les CDCS sont définis comme des comportements d'approche actifs de la part de l'enfant envers des adultes non familiers sans la réticence habituelle qui caractérise l'interaction avec des figures étrangères. L'enfant qui présente des CDCS manifeste des comportements physiques ou verbaux trop familiers avec les étrangers, ne demande pas l'accord d'un adulte qui prend soin de lui avant de s'aventurer au loin, même dans des lieux inconnus, voire accepterait facilement de partir avec un adulte non familial (APA, 2013; Crocq & Guelfi, 2015). D'abord décrits chez des enfants ayant subi des formes sévères de carence de soins, vivant en institution ou en famille d'accueil, ils ont ensuite été observés chez des enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés.

Chez les enfants vivant en institution, les CDCS ont été associés à des comportements extériorisés comme l'agressivité ou l'hyperactivité (Gleason et al., 2011) et, chez les enfants vivant en famille d'accueil, à des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés (Jonkman et al., 2014). Dans les échantillons populationnels d'enfants adoptés ayant vécu en institution, les résultats apparaissent contradictoires chez les très jeunes enfants alors que chez les enfants d'âge préscolaire, les CDCS sont associés de façon plus spécifique à des problèmes de comportements extériorisés ou d'inattention et d'hyperactivité (Zeanah & Gleason, 2015). Un lien significatif entre les CDCS et des niveaux cliniques de problèmes de comportements extériorisés a été observé chez de jeunes enfants (de 18 mois et moins) élevés dans des familles à haut risque psychosocial de négligence ou de maltraitance (Lyons-Ruth et al., 2009), mais aussi chez des enfants d'âge préscolaire non exposés à de la maltraitance, vivant avec leurs parents biologiques et consultant en pédopsychiatrie pour des problèmes émotionnels ou comportementaux (Scheper et al., 2016). Ainsi, les CDCS constituent, eux-aussi, un important facteur de risque pour la santé mentale de l'enfant.

Si la fonction des comportements d'attachement de l'enfant à son parent, telle que théorisée par Bowlby (1969/1982) et ses successeurs, a été validée par les études empiriques, celle des CDCS est mal comprise par les chercheurs et les mécanismes menant à leur apparition

sont peu connus. Les CDCS ont longtemps été considérés comme caractéristiques du trouble réactionnel de l'attachement de sous-type désinhibé, tel que défini dans la nomenclature du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 4<sup>ème</sup> édition révisée (DSM IV-TR, APA, 2000) car observés de façon prépondérante chez des enfants vivant ou ayant vécu de graves carences de soins (Bakermans-Kranenburg, 2011; Gleason et al., 2014; Hogdes & Tizard, 1989; Rutter et al., 2007; Zeanah et al., 2002). Cependant, au cours des dernières années, plusieurs études n'ont observé aucune association significative entre les comportements d'attachement tels que mesurés avec la Situation Étrangère (développée par Ainsworth et al., 1978) et les CDCS, suggérant ainsi que l'attachement et les CDSC sont deux concepts distincts et indépendants (voir Zeanah & Gleason, 2015 pour revue).

Toutefois, pour d'autres chercheurs, les CDSC ne peuvent témoigner que d'un attachement perturbé avec la première figure de soins, en particulier la mère (Lyons-Ruth, 2015). Une des raisons évoquées en faveur de cette hypothèse est que si l'on ne considère que les études ayant examiné l'association entre la qualité de la relation d'attachement et les CDCS à la période où se forment les premiers liens d'attachement, soit au cours des deux premières années de vie, celles-ci ont rapporté un lien significatif entre certaines catégories d'attachement insécurisant et les CDCS, que ce soit chez des enfants vivant en milieu institutionnel ou en milieu familial avec leur mère biologique (Gleason et al., 2014; Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009). À l'inverse, les études qui n'avaient pas mis en évidence d'association significative entre l'attachement et les CDSC avaient évalué les comportements d'attachement d'enfants avec une figure de soins (souvent leur mère adoptive ou une figure de soins principale en milieu institutionnel) avec laquelle ils avaient pu former secondairement un lien d'attachement sécurisant à un âge plus tardif. Ces résultats suggèrent qu'une relation de pauvre qualité entre la mère et son enfant à la période où se forment les premiers liens d'attachement pourrait constituer une condition essentielle à l'émergence des CDCS (Lyons-Ruth, 2015). Il paraît de ce fait important de continuer à étudier le lien entre l'attachement et les CDSC chez des enfants vivant auprès de leur mère biologique et de questionner si un lien significatif entre ces deux variables relationnelles pourrait également être observé chez des enfants d'âge préscolaire. Ceci permettrait de mieux comprendre l'influence possible du rôle de la relation mère-enfant et en particulier du lien d'attachement mère-enfant sur le développement des



CDCS. Jusqu'à présent, les études ayant examiné le lien entre les comportements d'attachement et les CDCS chez des enfants vivant avec leur mère biologique se sont intéressées à des populations à risque psychosocial élevé. Aucune étude n'a encore observé ce lien chez des enfants souffrant de problèmes de santé mentale. Les enfants d'âge préscolaire consultant en service de pédopsychiatrie présentent fréquemment des troubles extériorisés incluant le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ou intériorisés comme la dépression et les troubles anxieux (Breton et al., 1996; Coskun & Kaya, 2016; Equit et al., 2011; Wilens et al., 2002). Ces troubles résultent d'interactions complexes entre des caractéristiques individuelles propres à l'enfant, tels que les facteurs de vulnérabilité biologique ou génétique et des facteurs environnementaux d'ordre relationnel ou contextuel. Aussi, des dysfonctionnements relationnels familiaux sont-ils souvent associés aux problématiques de santé mentale chez les enfants en bas âge (Keren et al., 2001; Keren et al., 2010; Repetti et al., 2002; Thomas & Clark, 1998). Dès lors, les enfants consultant en pédopsychiatrie sont susceptibles de présenter des taux plus élevés d'attachement insécurisant et de CDCS que ceux issus de la population générale.

Étant donné que l'attachement insécurisant et les CDCS constituent chacun des facteurs de risque importants pour le développement de l'enfant, il apparaît essentiel d'identifier des dimensions de l'environnement familial qui y sont associées, lesquelles sont susceptibles d'agir sur leur émergence ou de contribuer à leur maintien.

Selon la théorie de l'attachement, la disponibilité affective de la mère influence sa capacité à se montrer sensible aux besoins de son enfant qui, en retour, affecte le développement du lien d'attachement mère-enfant (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1973). Les recherches empiriques ont confirmé l'importance du rôle de l'environnement partagé sur le développement du lien d'attachement parent-enfant et notamment de la qualité des soins donnés par la mère (voir Fearon & Belsky, 2016 pour revue). Ainsi, la présence chez la mère d'un trouble affectif ou d'un état émotionnel pouvant diminuer sa capacité à prendre soin de son enfant accroît les risques que ce dernier développe un attachement de type insécurisant (Atkinson et al., 2000). Parmi les caractéristiques psychologiques maternelles susceptibles d'affecter la qualité du lien d'attachement mère-enfant, la dépression et le stress parental vécu par la mère sont celles à avoir

été le plus étudiées. Très peu de chercheurs se sont penchés sur l'influence possible d'autres facteurs psychopathologiques maternels sur la qualité du lien d'attachement mère-enfant et, en particulier, l'anxiété maternelle n'a été que très peu examinée dans ce contexte. De plus, la plupart de ces recherches ont été réalisées auprès de mères de très jeunes enfants et seulement quelques rares études se sont intéressées à des populations d'enfants d'âge préscolaire. Aucune n'a porté jusqu'à présent sur des échantillons issus de milieux pédopsychiatriques, aussi il est difficile de généraliser ces résultats auprès de ce type de population.

Quant à l'hypothèse d'une possible association entre la présence de CDCS chez l'enfant et la qualité des soins maternels, celle-ci a été confirmée dans des études récentes (voir Love et al., 2015 pour revue). En particulier, il a été observé que le manque de disponibilité émotionnelle de la part de la figure de soins principale prédisait les comportements indiscriminés chez les enfants ayant vécu en institution et que les enfants dont les mères adoptives étaient plus sensibles montraient moins de CDCS que ceux dont la mère adoptive était moins sensible (Garvin et al., 2012; Van den Dries, 2010). En milieu familial à risque psychosocial élevé, des interactions hautement perturbées avec la mère sont associées à la présence de CDCS chez l'enfant (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009). Même si les CDCS sont davantage présents chez des enfants ayant vécu des formes sévères de maltraitance ou de négligence, ces études suggèrent que des conditions de vie moins adverses pourraient être impliquées dans leur développement. En particulier, des caractéristiques maternelles socio-émotionnelles pouvant affecter la qualité de la relation mère-enfant seraient susceptibles d'avoir une influence sur leur formation. Toutefois, à notre connaissance, très peu d'études ont examiné le lien entre la dépression maternelle et les CDCS (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009) et seulement une étude a questionné le lien entre le stress parental et les CDCS (Scheper et al., 2016).

La présente étude vise à vérifier s'il existe un lien entre les comportements d'attachement et les CDCS dans un échantillon d'enfants âgés entre 22 et 71 mois consultant en pédopsychiatrie. Un second objectif du mémoire est d'évaluer si des indices de fonctionnement psychologique de la mère, en particulier la dépression et l'anxiété maternelles ainsi que le stress parental, sont associés à l'attachement et aux CDCS chez l'enfant, respectivement. Une meilleure connaissance des caractéristiques maternelles susceptibles d'affecter la qualité de la

relation d'attachement et de participer à la présence de CDCS chez l'enfant consultant en milieu pédopsychiatrique contribuerait à un meilleur repérage des situations les plus à risque et aiderait à mieux cibler les interventions thérapeutiques à privilégier.

Le premier chapitre consiste en une recension des écrits scientifiques, divisée en cinq parties. Dans la première et la seconde partie seront abordés respectivement les concepts d'attachement et de CDCS. L'intérêt d'examiner le lien entre les deux sera traité dans la troisième partie. La pertinence théorique et empirique d'étudier des variables maternelles psychologiques en association avec l'attachement d'une part et les CDCS d'autre part, sera développée dans la quatrième partie. Les objectifs, questions et hypothèses relatifs à la présente étude seront exposés à la fin de ce chapitre, dans la cinquième partie. Les aspects méthodologiques seront ensuite détaillés dans le deuxième chapitre et les résultats obtenus en lien avec les questions de recherche seront présentés dans le troisième chapitre. Enfin, dans le quatrième et dernier chapitre, seront discutés les résultats de l'étude. Les contributions et les limites de l'étude y seront exposées ainsi que des pistes de recherche futures.

# Chapitre 1 : Recension des écrits

## 1.1 La relation d'attachement de l'enfant à sa figure de soins

La théorie de l'attachement élaborée par Bowlby (1969/1982) repose sur l'hypothèse fondamentale qu'il existe une prédisposition innée chez tous les enfants à former des liens d'attachement sélectifs avec une figure adulte protectrice. Bowlby s'est appuyé sur les travaux d'éthologues pour décrire les comportements d'attachement du bébé vis-à-vis de sa mère. Il emprunte à la cybernétique la conceptualisation de ces comportements en un système motivationnel, c'est-à-dire un système capable de contrôler et de réguler, par un ensemble d'activateurs et d'extincteurs, les moyens pour arriver au but (Dugravier et al., 2006). L'objectif principal de ces comportements est d'établir ou de maintenir la proximité et la disponibilité de la mère en cas de situation de menace ou de danger potentiel. Selon Bowlby, ils répondent à un besoin primaire aussi indispensable que le besoin de se nourrir. Bowlby s'inscrit également dans une perspective évolutionniste dans le sens où il conçoit l'aptitude à former des liens d'attachement essentielle à la survie de l'espèce. L'actualisation de cette prédisposition est toutefois tributaire de l'environnement dans la mesure où elle nécessite la présence d'une figure d'attachement à la fois suffisamment disponible et capable de répondre aux besoins non seulement physiques mais aussi affectifs et émotionnels de l'enfant. Cette figure d'attachement, généralement la mère ou un adulte substitutif, est aussi appelée figure ou donneur de soins (*caregiver*). Sa fonction est d'apporter apaisement et sécurité quand le système d'attachement de l'enfant est activé par un signal générant de la détresse ou de la peur chez ce dernier. Par la suite, les études ont confirmé le caractère universel de cette prédisposition reconnue chez l'enfant à développer des liens d'attachement (voir Mesman et al., 2016 pour revue).

Durant les trois premiers mois de vie, le nourrisson ne fait pas de discrimination entre les personnes lorsqu'il présente un comportement d'attachement. Au cours des mois suivants, le bébé dirige de plus en plus ses comportements d'attachement vers une figure de soins préférentielle, tandis que ses réactions face à des personnes étrangères deviennent de plus en

plus anxieuses et distantes. Vers la fin de la première année de vie, un enfant a généralement établi un attachement sélectif avec une ou plusieurs figures de soins principales (Bowlby, 1969/1982). À partir de la deuxième année, avec le développement de nouvelles capacités cognitives et langagières, l'enfant commence à voir sa figure maternelle comme une personne indépendante avec ses propres objectifs. Aussi, bien qu'il nécessite de moins en moins de contact ou de proximité physique pour se rassurer, l'enfant d'âge préscolaire continue d'utiliser sa mère ou sa figure d'attachement principale comme un refuge sûr (Marvin et al., 2016). Au fil de ses interactions avec elle, l'enfant intériorise la relation et développe des représentations mentales de cette relation ou Modèles Internes Opérants (MIO). Ceux-ci englobent les perceptions que l'enfant a de lui-même et les attentes qu'il a à l'égard de la disponibilité de sa figure d'attachement pour répondre à ses besoins (Bowlby, 1973). Ces MIO serviront de schéma mental pour ses relations futures, en permettant à l'enfant d'interpréter et de comprendre les comportements de ses proches et d'anticiper les réactions d'autrui (Marvin & Stuart, 1990).

En observant les comportements de l'enfant lorsqu'il est en détresse, Ainsworth et ses collègues (1978) ont mis en évidence différents patrons d'attachement au cours d'une procédure qui fait encore référence aujourd'hui : la Situation Étrangère. Le scénario mis en place consiste à déclencher l'activation du système d'attachement de l'enfant par un stress généré par une série de situations où la mère et une étrangère quittent et reviennent vers l'enfant. Il permet ainsi d'observer comment le jeune enfant utilise sa figure maternelle comme base de sécurité pour apaiser sa détresse et réguler ses affects. Trois catégories d'attachement ont été ainsi identifiées, chacune désignée par une lettre, A, B ou C.

L'enfant qui a développé un attachement sécurisant (B) démontre un bon équilibre entre ses besoins de réconfort et ceux d'exploration. En cas de situation anxiogène, il est capable de signaler clairement ses besoins à son parent puis de reprendre ses activités exploratoires une fois rassuré par ce dernier. Lorsque son système comportemental d'attachement est activé, il recherche la proximité de sa mère par un contact étroit avec elle. Il est rapidement calmé et, après quelques minutes, il peut retourner à ses jeux. Les enfants avec un attachement évitant (A) surinvestissent l'exploration au détriment des comportements de recherche de proximité et de réconfort. Cela se traduit par une tendance de l'enfant à éviter ou à ignorer son parent, notamment lors des épisodes de réunion. À l'inverse, chez les enfants présentant un attachement

résistant ou ambivalent (C), les besoins de réconfort en cas de stress priment à tel point sur les besoins d'exploration que ces derniers s'en trouvent entravés. Lors des épisodes de réunion avec la figure d'attachement, l'ambivalence de l'enfant se manifeste par une alternance de comportements de recherche de proximité et de colère dirigés envers le parent. Certains enfants se montrent très passifs et dépendants de leur parent tandis que d'autres expriment leur frustration de manière exagérée. Dans tous les cas, les enfants ayant un attachement résistant/ambivalent maintiennent une proximité physique à l'égard de leur parent et présentent une incapacité d'être apaisés par ce dernier.

Ces trois catégories d'attachement sont qualifiées d'attachement organisé puisqu'elles font référence à des stratégies comportementales privilégiées par l'enfant pour faire face au stress. Une quatrième catégorie d'attachement a été décrite par la suite par Main et Solomon (1990) qui, en observant plus de 200 vidéos de dyades mère-enfant filmées au cours de la Situation Étrangère, ont trouvé que certains enfants adoptaient des manifestations comportementales étranges et inhabituelles, manquant de stratégie cohérente et organisée lors des épisodes de réunion. Ces comportements ont été qualifiés d'attachement insécurisant-désorganisé/désorienté (D). Lors de la réunion avec le parent, l'enfant avec un attachement désorganisé peut se figer dans une posture qui évoque l'appréhension, la confusion ou la sidération ou encore se sauver en pleurant pour éviter son parent malgré sa détresse. Ces réactions témoignent d'un effondrement des stratégies comportementales et émotionnelles de l'enfant à gérer la situation stressante.

Main et Hess (1990) ont avancé l'hypothèse que l'incapacité de l'enfant à adopter des comportements organisés proviendrait du fait que la figure d'attachement le placerait devant un paradoxe insoluble, à savoir s'il doit ou non l'approcher pour se faire réconforter puisque la figure d'attachement est à la fois la source de sa peur et son havre de sécurité. Des études empiriques ont confirmé cette hypothèse en observant davantage de comportements parentaux effrayants et dysrégulés chez les mères d'enfants présentant un attachement désorganisé (Abrams et al., 2006; Jacobvitz et al., 2006; Lyons-Ruth et al., 1997, 1999; Schuengel et al., 1999).

À l'âge préscolaire (entre 3 et 6 ans), les profils d'attachement sécurisant ou insécurisant-organisé demeurent les mêmes qu'au cours de la petite enfance. Certains enfants dont l'attachement est désorganisé entre 12 et 18 mois développent des comportements contrôlants

où un renversement des rôles s'observe entre le parent et l'enfant. D'autres enfants conservent le profil insécurisant-désorganisé ou présentent une absence de stratégie cohérente pour gérer leur détresse en manifestant alternativement des comportements associés à plus d'un patron d'attachement. Les comportements d'attachement insécurisant désorganisé/contrôlant, devenus évidents après six ans, se distinguent en deux sous-types : l'attachement contrôlant/attentionné et l'attachement contrôlant/punitif (Cassidy & Marvin, 1992; Main & Cassidy, 1988). Dans le premier cas, l'enfant tente de protéger son parent en se montrant excessivement aidant, alors que dans le second cas, l'enfant manifeste des comportements hostiles ou directifs envers le donneur de soins tels que l'humiliation, le rejet, voire l'agression physique.

En population générale, il est établi que 65% des enfants présentent un attachement de type sécurisant, 20% un attachement insécurisant-évitant, 10% un attachement insécurisant-résistant/ambivalent et 15% un attachement désorganisé. Ces résultats s'appuient sur la méta-analyse de van IJzendoorn et al. (1999), menée sur un large échantillon d'enfants incluant plus de 80 études et regroupant 3282 dyades mère-enfant.

Dans les milieux à risque psychosocial élevé, la prévalence de l'attachement désorganisé est en général plus élevée que dans les milieux à faible risque (van IJzendoorn et al., 1999), celle-ci pouvant s'élever jusqu'à 90% en cas de maltraitance (Cicchetti et al., 2006).

Une autre méta-analyse (Cyr et al., 2010) rapporte que les enfants issus de familles à risque psychosocial élevé, présentent généralement moins de comportements d'attachement sécurisant et plus d'attachement désorganisé que ceux vivant dans des milieux à faible risque. Parmi les enfants issus de populations à risque psychosocial élevé, ceux qui ont subi de la maltraitance sont encore plus à risque de présenter un attachement insécurisant organisé ou désorganisé que ceux qui n'ont pas souffert de maltraitance. Toutefois, le fait d'être exposé à plus de quatre facteurs de risque socioéconomiques (tels que le faible revenu familial, l'abus de substance chez les parents, le faible niveau d'éducation ou la monoparentalité de la mère, avoir une mère adolescente ou être issu d'un groupe ethnique minoritaire) semble avoir chez l'enfant autant d'impact que le fait d'avoir vécu de la maltraitance pour ce qui est du risque de développer un attachement désorganisé. Ces résultats confirment ainsi que les facteurs de risque socio-familiaux modulent le développement du lien d'attachement parent-enfant.

Quelques études se sont intéressées à des populations cliniques maternelles ou infantiles. Il ressort ainsi que les enfants dont les mères souffrent d'un trouble mental ont moins de comportements d'attachement sécurisant et plus de comportements d'attachement de type ambivalent que ceux dont la mère ne souffre pas de trouble mental (van IJzendoorn et al., 1992). Quant aux rares études ayant évalué la qualité de la relation d'attachement parent-enfant en population pédopsychiatrique, toutes rapportent des taux de comportements d'attachement insécurisant plus élevés que d'attachement sécurisant chez l'enfant (Greenberg et al. 1992; Mubarak et al., 2016; Speltz et al., 1990; Speltz et al., 1999). En particulier, dans l'étude de Speltz et al. (1999) avec groupe de contrôle, plus de la moitié (54%) des enfants consultant en pédopsychiatrie présentaient des comportements d'attachement insécurisant dont 23% de type désorganisé/contrôlant. De plus, toutes les catégories d'attachement insécurisant étaient surreprésentées dans le groupe clinique comparativement au groupe non clinique. Toutefois, cette étude ne prenait en compte que des garçons ( $N = 80$ , âge moyen entre 4 et 5,5 ans) pour lesquels un diagnostic de Trouble oppositionnel avec provocation (TOP), avec ou sans comorbidité, avait été retenu. Plus récemment, une étude québécoise incluant des enfants des deux sexes âgés entre 1 et 5 ans ( $N = 60$ , âge moyen de 3,6 ans) et consultant en pédopsychiatrie pour des problèmes comportementaux ou émotionnels divers, a rapporté des taux d'attachement insécurisant chez 68% des enfants, dont 40% de type désorganisé (Mubarak et al., 2016).

Même si les patrons d'attachement insécurisant et en particulier l'attachement désorganisé sont considérés comme des facteurs de risque pour l'adaptation de l'enfant et la survenue de psychopathologies, il est important de souligner qu'ils n'ont pas de signification clinique en soi. Ils témoignent, sur un plan qualitatif, d'un mode relationnel d'attachement de l'enfant envers une figure de soins sélective selon une perspective développementale. Ils se distinguent du Trouble Réactionnel de l'Attachement (TRA) qui, selon une approche sémiologique psychiatrique, est caractérisé par un ensemble de manifestations comportementales impliquant d'importantes difficultés chez l'enfant à former un lien d'attachement avec une figure de soins principale. Ainsi, l'enfant qui présente un TRA, tel que conceptualisé par le DSM-IV-TR (APA, 2000), ne recherche pas la proximité de sa figure de soins ou se tourne à minima vers elle quand il est en détresse (O'Connor & Zeanah, 2003; Zeanah & Gleason, 2015). C'est ce manque de propension de la part de l'enfant à diriger des



comportements d'attachement envers une figure de soins principale qui est au cœur du TRA et qui a été retenu dans sa définition reformulée récemment dans la cinquième édition du DSM (DSM-5, APA, 2013; Zeanah & Gleason, 2015).

## 1.2 Les Comportements de Désinhibition du Contact Social (CDCS)

Il a été remarqué que certains enfants, au lieu de diriger leurs comportements d'attachement vers une figure de soins spécifique, pouvaient se tourner vers n'importe quel adulte de façon indifférenciée. Ces comportements d'approche indiscriminée semblaient témoigner d'un manque de sélectivité dans la recherche de proximité et de réconfort de la part de l'enfant. Ils ont d'abord été observés et décrits chez des enfants ayant subi des formes extrêmes de carences de soins et placés en institution, dès le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle (Goldfarb, 1945; Provence & Lipton, 1962; Tizard & Rees, 1975). C'est Tizard (1977) qui le premier a défini le terme « Attitude amicale Indiscriminée » (*Indiscriminate Friendliness*), comme « un comportement d'approche affectueux et amical de la part de l'enfant envers tous les adultes (y compris les étrangers) sans la crainte ou la prudence habituelles qui caractérisent un développement normal ». Par la suite, d'autres dénominations ont été utilisées pour décrire des comportements similaires : Comportement d'Attachement Indiscriminé (Lalande et al., 2012; *Indiscriminate Attachment Behavior*, Lyons-Ruth et al., 2009), Comportement Social Indiscriminé (*Indiscriminate Social Behavior*, Gleason et al., 2014), Comportement Indiscriminé (*Indiscriminate Behavior*, Oliveira et al., 2012), Contact Social Désinhibé (*Desinhibited Social Engagement*, Lawler et al., 2014) et Comportement de Désinhibition du Contact Social (Crocq & Guelfi, 2015; *Desinhibited Social Engagement Behavior*, APA, 2013; Scheper et al., 2016). Dans le cadre de ce mémoire, c'est cette dernière nomenclature qui sera privilégiée puisque c'est celle qui a été adoptée récemment par l'Association Américaine de Psychiatrie lors de la cinquième révision du DSM (APA, 2013; Crocq & Guelfi, 2015).

Les enfants qui montrent des CDCS ne se tournent pas vers leur figure familière quand ils sont exposés à des situations nouvelles ou anxiogènes. Ils ne respectent pas certaines normes sociales telles que l'espace personnel ou encore, ils manifestent le désir de suivre un étranger. Quand ils sont plus âgés et capables d'utiliser le langage, ils peuvent poser des questions personnelles, voire intrusives, suggérant des frontières sociales mal délimitées. Ils peuvent aussi

démontrer des manifestations d'intimité inappropriée avec des étrangers, par exemple en les embrassant quand ils les rencontrent ou en s'asseyant sur leurs genoux (Lawler et al., 2014).

Les CDCS ont longtemps été considérés comme caractéristiques du sous-type désinhibé du TRA (DSM IV-TR; APA, 2000). Le diagnostic de TRA a été introduit dans le DSM-III en 1980, suite aux travaux de Tizard et Rees (1975) réalisés auprès d'enfants institutionnalisés dans des orphelinats de Londres. Ces chercheurs avaient examiné des enfants qui avaient été abandonnés à leur naissance et élevés dans des pouponnières au cours des années 60. Ces pouponnières avaient des ratios donneurs de soins/enfant plus faibles qu'ailleurs et les enfants y avaient davantage accès à des jeux et des livres que dans les autres milieux institutionnels. De ce fait, les variables confondantes habituelles liées au manque de stimulations et aux changements fréquents de figures de soins étaient éliminées dans cette étude. Sur les 26 enfants ayant vécu en milieu institutionnel pendant leurs premières années de leur vie, huit étaient décrits comme étant retirés socialement et émotionnellement, dix présentaient un comportement social indiscriminé et huit autres avaient formé des liens d'attachement significatifs avec leur figure de soins principale (Tizard & Rees, 1975). Les deux phénotypes - retrait émotionnel et socialement indiscriminé - étaient considérés comme deux présentations différentes témoignant d'un attachement perturbé à un niveau clinique et ont été définis en deux sous-types, à savoir le sous-type inhibé et le sous-type désinhibé du TRA lors de la révision du DSM (DSM-III-R; APA, 1987). Ainsi, la plupart des études qui ont rapporté la présence de CDCS chez des enfants l'ont fait dans le cadre de recherches portant sur le TRA, incluant le sous-type désinhibé.

Quant à la prévalence des CDCS, les résultats sont très variables d'une étude à l'autre, la majorité d'entre elles incluant un nombre limité de participants et recourant à des outils d'évaluation différents (la plupart du temps des questionnaires auto-rapportés remplis par la figure de soins). Ainsi, la prévalence des CDCS est estimée entre 19% et 69% chez les d'enfants vivant ou ayant vécu en institution (Oliveira et al., 2012; Rutter et al., 2001; Rutter et al., 2007; Zeanah et al., 2002) et entre 15% et 45% chez les enfants élevés en famille d'accueil (Jonkman et al., 2014; Pears et al., 2010; Zeanah et al., 2004). Bien que la prévalence de ces comportements en population générale ne soit pas connue, ils sont rarement observés dans les milieux sans risque de maltraitance ou de négligence élevé (Pears et al., 2010). Deux études

récentes ayant examiné la fréquence des CDCS chez des enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés rapportent des taux respectifs de 19% et 21% (Lalande et al., 2012; Pears et al., 2010). Ainsi, près d'un enfant sur cinq serait susceptible de présenter de tels comportements dans des populations à risque socio-économique élevé. Ces résultats incitent à considérer que les CDCS devraient être examinés en dehors du diagnostic de TRA de sous-type désinhibé puisqu'il est possible d'observer également leur présence à des fréquences non négligeables chez des enfants exposés à des facteurs de risque psychosociaux autres que la maltraitance ou la négligence avérée.

En population clinique, une seule étude a examiné jusqu'à maintenant la présence de CDCS chez des enfants consultant en pédopsychiatrie (Scheper et al., 2016). Leur fréquence dans cet échantillon constitué d'enfants âgés entre 2 ans et 7 ans 9 mois ( $N = 141$ , âge moyen de 4,7 ans) s'élève à 42%, soit à un taux habituellement observé chez des enfants ayant vécu dans des contextes de carence de soins sévère.

Les résultats des études sur les TRA menées au cours de ces quinze dernières années ont montré que les deux sous-types - inhibé et désinhibé - même s'ils étaient liés à des conditions de risque similaire, différaient aussi bien d'un point de vue phénoménologique que sur le plan des facteurs de vulnérabilité associés, des comorbidités, de la réponse au traitement ou du pronostic (Zeanah et al., 2016). Sur la base de ces études, l'Association Américaine de Psychiatrie a révisé les critères diagnostiques du TRA lors de la cinquième révision du DSM (DSM 5; APA, 2013) : le sous-type inhibé est demeuré un Trouble Réactionnel de l'Attachement et le sous-type désinhibé a été défini dans une catégorie distincte, à savoir le Trouble de Désinhibition du Contact Social (APA, 2013; Crocq & Guelfi, 2015). De plus, la mention d'une « incapacité marquée à faire preuve d'attachements sélectifs » qui caractérisait le sous-type désinhibé du TRA dans le DSM-IV-TR (APA, 2000) a été retirée de la définition de ce nouveau trouble. Selon cette nouvelle nomenclature, les CDCS ne sont donc plus considérés comme relevant d'un attachement non sélectif, mais plutôt comme étant des comportements sociaux non modulés, en particulier lors des approches initiales et des interactions avec des adultes non familiers (Zeanah & Gleason, 2015). Il est intéressant de remarquer que les auteurs de ce changement se sont appuyés en particulier sur des études qui n'avaient pas montré d'association significative entre les CDCS et les comportements d'attachement de l'enfant envers sa figure de

soins, le plus souvent évalués à partir de la Situation Étrangère (Ainsworth et al., 1978). Comme le précisent Zeanah et al. (2016), ce sont les résultats de ces recherches qui sont à l'origine de ce changement de compréhension du trouble. Puisque certains enfants présentant des CDCS étaient capables d'établir des liens sélectifs avec une figure d'attachement (la plupart du temps avec un parent adoptif, une mère d'accueil ou une figure de soins préférentielle en milieu institutionnel), il apparaissait nécessaire de ne plus les considérer comme associés à l'attachement.

Cette position ne fait toutefois pas consensus et, pour certains auteurs, les CDCS ne peuvent relever que d'un attachement perturbé, notamment d'avec la première figure de soins (Lyons-Ruth, 2015). Dans la section suivante seront détaillés les arguments théoriques et empiriques qui soutiennent ou qui vont à l'encontre de cette hypothèse ainsi que les éléments appuyant la pertinence de continuer à étudier le lien entre les CDCS et la qualité de la relation d'attachement chez l'enfant.

### **1.3 Comportements d'attachement et CDCS chez l'enfant: quel lien?**

Afin d'examiner si les enfants ayant vécu en institution et présentant un TRA étaient capables de développer des liens d'attachement avec une figure de soins, une fois placés dans des milieux de vie adéquats, des recherches ont porté sur l'association entre les différents patrons d'attachement et les manifestations comportementales du TRA de sous-type désinhibé. Il a ainsi été observé que certains enfants ayant vécu en milieu institutionnel, une fois placés en famille d'accueil ou d'adoption, pouvaient former des liens d'attachement sélectifs, voire même développer un attachement de type sécurisant avec leur seconde figure de soins, tout en maintenant des comportements indiscriminés envers des figures étrangères (Chisholm, 1998; O'Connor et al., 2003). De plus, ces comportements avaient tendance à demeurer présents pendant de nombreuses années, malgré le changement de milieu et l'amélioration du lien d'attachement dans le temps (Chisholm, 1998; Smyke et al., 2010). Même chez les enfants vivant en milieu institutionnel, ceux qui présentaient des CDCS pouvaient avoir développé des liens d'attachement sélectifs avec une figure de soins principale (O'Connor et al., 2003; Zeanah et al., 2002). Ces observations suggéraient que le sous-type désinhibé du TRA pouvait être considéré indépendamment de la qualité de la relation d'attachement, puisque n'étant associé à aucun patron d'attachement de façon significative. D'autres recherches, menées auprès d'enfants vivant en institution afin de préciser les facteurs de risque susceptibles d'être associés au TRA de sous-type désinhibé, corroborent cette hypothèse. Ainsi, des études ont montré que la présence d'une figure de soins privilégiée ne prévenait pas le développement de CDCS (O'Connor et al., 1999; Zeanah et al., 2002). De même, la qualité des soins de base prodigués par la figure de soins principale (observée, par exemple, au cours des échanges physiques et visuels ou des conduites d'alimentation) n'est pas associée à la présence de CDCS chez l'enfant (Zeanah et al., 2005). Ainsi, ces variables, habituellement liées au développement d'une relation d'attachement sécurisante, ne

constitueraient pas des facteurs de protection dans le développement de CDCS chez l'enfant institutionnalisé.

À la lumière de ces résultats, plusieurs chercheurs ont considéré que les CDCS se distinguaient conceptuellement des comportements d'attachement « traditionnel », de type sécurisant ou insécurisant, menant à un changement de perspective important : la caractéristique principale des CDCS n'est pas le manque de sélectivité envers une figure d'attachement mais plutôt une familiarité excessive avec les étrangers (Zeanah & Gleason, 2015).

Toutefois, d'autres études suggèrent qu'il puisse exister un lien entre la qualité de la relation d'attachement de l'enfant à sa figure de soins et les CDCS. En effet, la présence de CDCS a été observée chez des enfants vivant dans des milieux institutionnels qui répondaient à leurs besoins en matière de soins médicaux, d'alimentation ou de matériels de stimulation de base, mais qui ne leur offraient pas la possibilité d'avoir recours à une figure de soins principale qui puisse répondre de façon substantielle à leurs besoins d'attachement (Roy et al., 2004; Tizard & Rees, 1975). Une étude pilote, menée dans une institution roumaine, a montré que les enfants élevés dans une unité offrant un plus petit nombre de soignants par enfant et davantage de constance dans les soins prodigués que dans les autres unités présentaient moins de CDCS que ceux qui grandissaient auprès d'un nombre plus important de soignants par enfant (Smyke et al., 2002). Ces observations laissent supposer que l'absence d'une figure d'attachement suffisamment disponible pour prodiguer des soins de qualité et dont l'implication est fondamentale pour le développement socio-affectif et émotionnel de l'enfant (Bowlby, 1969/1982), pourrait jouer un rôle crucial dans la formation de CDCS.

Aussi, la question du lien entre la qualité des soins et la présence de CDCS chez l'enfant a-t-elle été considérée dans plusieurs études, recensées dans un premier article de revue de la documentation scientifique par Zeanah & Smyke (2008), puis dans un second article par Love et al. (2015).

Même si, contrairement aux attentes théoriques, Zeanah & Smyke (2008) n'avaient pas trouvé d'association entre les CDCS et la qualité des soins, cette notion a néanmoins été remise en question récemment par Love et al. (2015). Ces auteurs soulignent à cet effet qu'il peut paraître contradictoire que la qualité des soins ne soit pas liée aux CDCS alors

que le DSM 5 pose comme condition nécessaire au diagnostic de Trouble Désinhibition du Contact Social (TDCS) la présence d'une forme sévère d'abus ou de négligence (critère D du TRA, APA 2013). En particulier, il a été montré que des méthodes éducatives dures et sévères ainsi que des approches parentales négatives sont associées aux CDCS et ce, quel que soit l'âge, le sexe ou le niveau de développement cognitif de l'enfant (Minnis et al., 2007). Chez les enfants adoptés ayant vécu en institution, la disponibilité émotionnelle de la figure maternelle prédit les comportements indiscriminés (Garvin et al., 2012). De même, les enfants dont les mères adoptives se montrent plus sensibles manifestent moins de CDCS que ceux dont les mères adoptives sont moins sensibles (Van den Dries et al., 2010). Dans des milieux à risque psychosocial élevé, des interactions hautement perturbées avec la mère (notamment des attitudes de désorientation maternelle ainsi que des comportements de désengagement maternel) sont associées à la présence de CDCS chez l'enfant (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009). Ces données suggèrent que l'attitude maternelle et en particulier sa disponibilité émotionnelle puisse jouer un rôle dans le développement de CDCS.

En accord avec ces résultats qui ont montré un lien significatif entre la qualité des soins maternels et la présence de CDCS chez l'enfant, d'autres études ont mis en évidence un lien significatif entre l'attachement insécurisant et les CDCS chez des enfants vivant dans des milieux à risque élevé de défaillance au niveau de la qualité des soins. Ceci a été observé aussi bien en milieu institutionnel (Gleason et al., 2014) que dans le milieu familial d'origine (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth, 2009). Plus précisément, Gleason et ses collègues (2014), en analysant les données de la seule étude longitudinale avec groupe témoin portant sur l'influence du milieu de vie sur le développement de l'enfant, le *Bucharest Early Intervention Project* (BEIP; Smyke et al., 2009), ont montré que le seul critère prédictif de comportements indiscriminés à 54 mois chez des enfants ayant vécu en institution était l'attachement désorganisé. Ceci ne concernait que les enfants qui étaient entrés en institution entre l'âge de 6 mois et 24 mois. En milieu familial à haut risque psychosocial, chez des enfants âgés entre 15 et 18 mois, un lien a été observé entre les CDCS et l'attachement insécurisant organisé (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009) et désorganisé (Lyons-Ruth et al., 2009).



Ces résultats contradictoires observés entre, d'une part, les études qui ont montré un lien significatif entre l'attachement insécurisant et la présence de CDCS chez l'enfant et, d'autre part, celles qui n'ont rapporté aucun lien significatif entre ces deux modes de comportement suscitent plusieurs remarques. Tout d'abord, des limites méthodologiques sont à souligner concernant les études n'ayant pas observé d'association entre les CDCS et la qualité de la relation d'attachement parent-enfant. En effet, celles-ci ont utilisé des instruments de mesure différents pour évaluer les CDCS, la plupart basés sur des questionnaires auto-rapportés et remplis par la figure de soins principale, comme le *Disturbances of Attachment Interview* (DAI; Smyke & Zeanah, 1999) ou le *Five-Item Indiscriminately Friendliness Measure* (5-IF; Chisholm, 1995). Même si la validité convergente entre ces deux questionnaires a été démontrée (Zeanah et al., 2002), ceux-ci sont toutefois considérés comme étant moins valides que les mesures observationnelles (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). De plus, la majorité de ces études ont été réalisées auprès d'enfants vivant ou ayant vécu en milieu institutionnel. Le facteur confondant lié aux changements fréquents de figures de soins peut donc difficilement être pris en compte chez ces enfants ayant la plupart du temps vécu de multiples placements. Il paraît de ce fait impossible de généraliser ces résultats aux populations d'enfants élevés par leur mère biologique. Enfin, contrairement aux études qui ont évalué ce lien chez des enfants placés dans un milieu de vie adéquat après un vécu institutionnel (souvent en famille d'accueil ou d'adoption), celles qui se sont intéressées à la période où se forment les premiers liens d'attachement ont rapporté une association significative entre les comportements d'attachement insécurisant et les CDCS. Ces données apparaissent d'autant plus solides que les CDCS ont été évalués dans ces études à partir de mesures observationnelles (Gleason et al., 2011; Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009) et en l'absence du facteur confondant lié aux changements de figures de soins (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009).

En résumé, même si la plupart des études menées au cours des quinze dernières années ont montré l'absence de lien entre les comportements d'attachement et les CDSC, conduisant à considérer que la caractéristique principale des CDCS était une familiarité excessive avec la figure étrangère et non pas un manque de sélectivité envers une figure

d'attachement privilégiée, il demeure que ce lien reste à clarifier et ceci pour plusieurs raisons. En effet, en analysant les études qui n'ont pas mis en évidence de lien entre les comportements d'attachement et les CDCS, il ressort que celles-ci présentent plusieurs limites méthodologiques (instruments de mesure auto-rapportés, facteur confondant lié aux changements de figures de soins non pris en compte). Quand ces limites méthodologiques sont éliminées, en mesurant les CDCS par méthode observationnelle et en sélectionnant des échantillons de dyades enfant-mère biologique, il est intéressant de remarquer qu'un lien significatif est observé, du moins chez des enfants d'âge précoce.

Certains auteurs soulèvent l'hypothèse que les CDCS pourraient avoir une origine et des fonctions différentes selon que l'enfant ait été élevé en institution ou avec ses parents biologiques (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). Toutefois, les études utilisant des mesures observationnelles pour évaluer les CDCS, aussi bien en milieu institutionnel qu'en milieu familial, sont trop peu nombreuses pour que l'on puisse comparer ces deux populations. De plus, il apparaît important de continuer à étudier les CDCS en dehors des contextes de maltraitance et de négligence sévères afin de mieux identifier les facteurs susceptibles de favoriser leur développement.

Pour d'autres auteurs, le fait que des études, même peu nombreuses, aient pu mettre en évidence une association significative entre les CDCS et l'attachement insécurisant chez des enfants d'âge précoce, suggère que la qualité de l'interaction enfant-donneur de soins durant les deux premières années de vie constitue une condition essentielle pour l'émergence de CDCS (Lyons-Ruth, 2015). Or, qu'en est-il chez les enfants d'âge préscolaire ? Est-ce qu'en optant pour des mesures observationnelles et en tenant compte du facteur lié aux changements fréquents de figures de soins, il serait possible d'observer la présence d'un lien entre les comportements d'attachement et les CDCS ? A notre connaissance, aucune étude n'a encore examiné l'association entre les comportements d'attachement et les CDCS chez des enfants d'âge préscolaire et vivant dans leur milieu familial d'origine. De plus, jusqu'à présent, les études ayant examiné ce lien auprès de dyades mère - enfant se sont intéressées à des milieux à risques psychosociaux élevés, mais aucune ne l'a encore testé en population clinique et plus particulièrement en milieu pédopsychiatrique.

## **1.4 Comportements d'attachement et CDCS chez l'enfant : lien avec la dépression, l'anxiété et le stress maternels**

La présence de comportements d'attachement insécurisant et de CDCS pouvant influencer de façon négative le développement de l'enfant dans plusieurs sphères de sa vie (par exemple, sur les plans socio-affectif et cognitif; développement de difficultés d'adaptation et émergence de psychopathologies), il est nécessaire de mieux comprendre les facteurs liés à leur formation ou susceptibles d'intervenir dans leur maintien. Il est clair que l'attachement insécurisant, et plus particulièrement l'attachement désorganisé, ainsi que les CDCS sont principalement observés dans des contextes de maltraitance ou de négligence sévères ayant la plupart du temps conduit au retrait de l'enfant de son milieu familial. Toutefois, en dehors de ces situations extrêmes, la relation parent-enfant peut aussi être affectée par plusieurs facteurs de risque contextuels qui peuvent en diminuer la qualité et fragiliser le lien d'attachement de l'enfant à son parent. De même, il est maintenant établi que la négligence et la maltraitance ne peuvent expliquer à eux seuls la survenue de CDCS (Lawler et al., 2014). En particulier, plusieurs auteurs ont souligné l'intérêt d'étudier les CDCS en l'absence du diagnostic de TRA et du contexte de maltraitance avérée (Boris et al., 1998; Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009; Minnis et al., 2007; Pears et al., 2010), mettant ainsi l'accent sur l'importance d'évaluer d'autres aspects du contexte relationnel ou environnemental dans lequel surviennent ces comportements atypiques.

Selon la théorie de l'attachement, la façon dont l'enfant va organiser ses comportements pour s'apaiser en situation de détresse dépend principalement de la qualité des soins prodigués par la figure d'attachement (Bowlby, 1969/1982). Les études empiriques ont confirmé le rôle fondamental de la fonction de prendre soin (*caregiving*) et en particulier de la sensibilité maternelle sur la relation d'attachement de l'enfant à son parent (Belsky et al., 1997; Fearon & Belsky, 2016). Toutefois, l'influence de la sensibilité maternelle est moins importante que la théorie ne le laissait envisager (De Wolff & van IJzendorp, 1997) et les travaux empiriques soulignent l'importance de continuer à explorer les facteurs contextuels qui pourraient avoir une incidence sur la capacité de la mère à

prendre soin de son enfant et par conséquent influencer le développement des liens d'attachement mère-enfant. Selon la perspective écologique transactionnelle (Cicchetti & Lynch, 1995), parmi les facteurs pouvant affecter la qualité des soins, les plus proximaux, soit les caractéristiques personnelles liées à la mère, auront davantage d'influence que les facteurs les plus distaux tels les déterminants socio-économiques ou les événements de vie. De ce fait, toute perturbation de l'état psychologique de la mère pourrait faire en sorte que celle-ci soit psychologiquement ou émotionnellement moins disponible ou sensible vis-à-vis de son enfant. L'état psychologique maternel affecterait la capacité du parent à donner des soins à son enfant, ce qui altérerait la qualité de la relation d'attachement parent-enfant (Atkinson et al., 2000). La consultation de la documentation scientifique disponible permet de constater que les caractéristiques psychologiques ou psychopathologiques maternelles les plus étudiées en association avec l'attachement mère-enfant sont la dépression et le stress parental. Les autres troubles susceptibles d'affecter la disponibilité affective ou émotionnelle de la mère ont été très peu examinés jusqu'à présent. Ainsi, seulement quelques rares études se sont intéressées à évaluer le lien entre l'anxiété maternelle et l'attachement mère-enfant.

## **1.4.1 La dépression maternelle**

### **1.4.1.1 Définition de la dépression**

La dépression traduit un état de souffrance psychique pouvant recouvrir différents degrés de sévérité selon l'intensité des symptômes présents. Les critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé, tels que définis dans le DSM-5 (APA, 2013), font référence à une humeur dépressive, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, une perte ou un gain de poids significatifs, une insomnie ou une hypersomnie, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, une fatigue ou une perte d'énergie, un sentiment de

dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou une indécision ainsi qu'à des pensées de mort, des idées suicidaires récurrentes ou des tentatives de suicide.

La recherche s'intéressant à la dépression maternelle se fait généralement, soit de façon catégorielle, en sélectionnant des mères dont la dépression a été cliniquement diagnostiquée, soit à partir d'échelles dimensionnelles auprès de mères non identifiées cliniquement comme dépressives. Dans ce dernier cas, les participantes sont évaluées sur la base de la présence de symptômes dépressifs dont il est possible de déterminer la sévérité en fonction d'un score seuil établi pour l'instrument utilisé. Bien que l'approche catégorielle soit davantage discriminante que l'approche dimensionnelle, cette dernière a cependant l'avantage de permettre de déterminer des niveaux de sévérité et de détecter des seuils cliniquement significatifs de dépression auprès de populations non identifiées comme telles (Emery, 2001).

#### **1.4.1.2 Comportements observés chez les mères dépressives en relation avec leur enfant**

De nombreux chercheurs ont questionné l'impact de la dépression maternelle sur la relation mère-enfant et en particulier sur la capacité de la mère à exercer sa fonction parentale. Les mères dépressives ont tendance à se percevoir elles-mêmes comme moins compétentes dans leur rôle parental, à y trouver moins de satisfaction et à percevoir les comportements de leur enfant en des termes plus négatifs que les mères non dépressives, et ce d'autant plus que les symptômes dépressifs sont sévères (Cornish et al., 2006; Teti et al., 1991, 1997). Dans une méta-analyse portant sur 46 études visant à examiner les interactions mère-enfant par des méthodes observationnelles, Lovejoy et ses collègues (2000) ont mis en évidence qu'il existait une grande variabilité des profils interactifs chez les mères dépressives. Toutefois, elles avaient généralement des attitudes plus négatives envers leur enfant que les mères non dépressives. Ainsi, les mères dépressives montrent plus de comportements hostiles voire coercitifs envers leur enfant, tels que des gestes

induisant la peur, des expressions faciales négatives, de la colère, de l'irritabilité ou des comportements intrusifs, que les mères non dépressives (Cornish et al. 2006; Lovejoy et al., 2000; Nagata et al., 2003; Rogosh et al., 2004).

A l'inverse, les mères dépressives peuvent aussi avoir des attitudes positives envers leur enfant bien que moins souvent que les mères non dépressives, dépendamment notamment de l'âge de l'enfant et des conditions socio-économiques familiales (Lovejoy et al., 2000). Ainsi, plus l'enfant est jeune et plus les conditions socio-économiques sont défavorables, moins les mères dépressives démontrent des attitudes positives, telles qu'évaluées à partir de l'observation des contacts affectueux, d'attitudes d'encouragements ou d'enthousiasme maternels durant des activités de jeux ou de plaisir partagés (Lovejoy et al., 2000). Par ailleurs, les mères dépressives offriraient un environnement éducatif plus pauvre à leur enfant que les mères non dépressives (Goodman & Brumley, 1990) comme en témoigne, par exemple, leur moindre participation à des moments de lecture en commun avec leur enfant (Kiernan & Huerta, 2008).

D'autres chercheurs ont examiné la disponibilité affective et émotionnelle des mères dépressives envers leur enfant. Ceux-ci ont observés que les mères dépressives seraient plus désengagées émotionnellement que les mères non dépressives, à savoir qu'elles montreraient davantage de neutralité au niveau de leurs expressions faciales et vocales et plus de conduites d'évitement de l'interaction avec leur enfant que les mères non dépressives (Lovejoy, 2000). Elles feraient aussi preuve de moins d'empathie envers leur enfant que les mères non dépressives (Coyne et al., 2007). Concernant la sensibilité maternelle, les résultats sont contradictoires, certaines études rapportant une corrélation négative entre les symptômes dépressifs et la sensibilité maternelle (Cassidy et al., 1996; Coyne et al., 2007) alors que dans d'autres études, il n'est pas observé de différence entre les mères dépressives et les mères non dépressives sur la dimension de la sensibilité maternelle (Campbell et al., 1995).

Néanmoins, en général, la dépression maternelle serait associée à une réduction de la réactivité, de l'affection et de la réciprocité des échanges de la part des mères (Goodman & Gotlib, 1999; Robbins Bross et al., 2004), ce qui peut avoir une répercussion sur la qualité des interactions mère-enfant. Compte tenu des difficultés présentées par les mères souffrant de dépression, il n'est pas étonnant de constater que les écrits scientifiques

rapportent que les enfants sont particulièrement affectés par la dépression maternelle. Certains chercheurs proposent que les symptômes maternels de dépression (tristesse de l'humeur, perte des intérêts, désengagement, fatigue et irritabilité) soient vécus par l'enfant comme une absence de réponse, un manque de constance ou de disponibilité, voire un rejet de la part de la mère à son égard (Carlson & Sroufe, 1995; Cummings et al., 2000). Le manque de réponse émotionnelle ou comportementale, caractéristique de nombreuses mères dépressives, peut influencer la perception de l'enfant quant à la disponibilité émotionnelle de son parent et la pauvreté des échanges relationnels pourrait fragiliser le développement du lien d'attachement mère-enfant.

#### **1.4.1.3 Dépression maternelle et comportements d'attachement de l'enfant à sa mère**

Plusieurs études ont rapporté une association significative entre la dépression maternelle et un attachement insécurisant chez l'enfant, même si ce lien n'a pas été observé de façon constante. Trois méta-analyses ont ainsi révélé des résultats hétérogènes.

Martins et Gaffan (2000) ont sélectionné six études cas-contrôles ( $N = 373$ ), réalisées auprès de familles dont le revenu se situe dans la classe moyenne afin de minimiser l'influence des facteurs de risque socio-économiques. Les mères du groupe clinique répondaient aux critères de dépression unipolaire. Les patrons d'attachement étaient mesurés à partir de la Situation Étrangère (Ainsworth et al., 1978) et les enfants étaient âgés de moins de trois ans. Les auteurs rapportent une association significative quoique faible entre la dépression maternelle unipolaire et l'attachement évitant ou désorganisé chez l'enfant (scores  $Z$  respectifs : 2,37 et 2,34). Les enfants de mères dépressives montraient également moins d'attachement de type sécurisant que ceux dont les mères ne souffraient pas de dépression. Les résultats étaient néanmoins très variables d'une étude à l'autre et, parmi les éléments explicatifs, l'âge des enfants ressortait de façon spécifique. Ainsi, le lien entre la dépression maternelle et les comportements d'attachement insécurisant de l'enfant était d'autant plus significatif s'il avait été testé auprès d'enfants

âgés entre 18 et 19 mois, les grandeurs d'effet les plus faibles provenant des études qui avaient examiné ce lien chez des enfants âgés de 12 mois.

Une autre méta-analyse (Atkinson et al., 2000) utilisant des critères d'inclusion plus larges (plusieurs instruments de mesure de l'attachement et populations maternelles normatives, à risque psychosocial ou cliniques ayant inclus la dépression unipolaire ou bipolaire diagnostiquée), constituée de 15 études ( $N = 953$ ), a obtenu un effet combiné significatif bien que faible entre la dépression maternelle et l'attachement insécurisant chez l'enfant (âges entre 12 et 36 mois) avec des résultats hétérogènes. En distinguant les groupes cliniques (ceux pour lesquels la dépression maternelle atteignait un seuil clinique ou avait été diagnostiquée) des groupes non cliniques, il s'est avéré que l'association entre la dépression maternelle et l'attachement insécurisant était plus importante dans les groupes cliniques que dans les groupes non cliniques (effet combiné  $r = 0,27$  et  $r = 0,09$  respectivement).

La méta-analyse de van IJzendoorn et ses collègues (1999) incluait plusieurs de ces études, mais examinait spécifiquement l'attachement désorganisé dans une recension de 16 études ( $N = 1053$ ). De façon globale, il n'a pas été rapporté de résultats significatifs entre la dépression maternelle et la relation d'attachement désorganisé ( $r = 0,06$ ;  $p = 0,06$ ) lorsque l'ensemble des études était pris en considération. Toutefois, les enfants de mères présentant des seuils cliniques de dépression présentaient un risque plus élevé de désorganisation ( $Z = 2,24$ ;  $p = 0,01$ ).

Ces méta-analyses mettent en relief que lorsque la dépression maternelle est mesurée au moyen d'échelles continues au sein de populations à faible risque psychosocial, elle ne semble pas prédire les différents patrons d'attachement de l'enfant. Par contre, lorsqu'elles s'intéressent à des populations à risque sur le plan socio-économique ou clinique, s'agissant de mères présentant une dépression diagnostiquée, les études révèlent un lien significatif entre la dépression maternelle et l'attachement de l'enfant, même si celui-ci reste faible. À noter également que la majorité des études recensées dans ces méta-



analyses concernaient des populations de très jeunes enfants, la plupart âgés de moins de 22 mois.

Plus récemment, des études longitudinales ont été menées dans le but d'évaluer si des caractéristiques liées à la dépression maternelle, telles que la chronicité ou la sévérité des symptômes, étaient susceptibles de prédire les comportements d'attachement mère-enfant (Campbell et al., 2004; Cyr & Moss, 2001; Mc Mahon et al., 2006; Mills-Koonce et al., 2008; Tharner et al., 2012a; Toth et al., 2009; Trapolini et al., 2007). La plupart de ces études ont été réalisées en population générale dans des milieux à faible risque socio-économique et utilisaient la Situation Étrangère (Ainsworth et al., 1978) ou la procédure de Séparation-Réunion (Cassidy & Marvin, 1992) pour mesurer l'attachement chez l'enfant.

Il est intéressant de constater que les études longitudinales en population générale qui n'ont pas mis en évidence d'association significative entre la dépression maternelle et la qualité de l'attachement chez l'enfant ont inclus des enfants très jeunes, âgés de 15 mois ou moins. Ainsi, l'étude hollandaise de Tharner et ses collègues (2012a) portant sur 627 dyades n'a pas observé d'association entre une histoire maternelle de dépression passée, prénatale ou du postpartum et les comportements d'attachement chez des enfants âgés de 14 mois. Toutefois, l'impact de la dépression actuelle sur la qualité de l'attachement n'avait pas été examiné dans cette étude. Campbell et al. (2004) ont évalué les effets de la dépression maternelle à différentes périodes du développement (6 mois, 12 mois et 36 mois) sur les comportements d'attachement chez l'enfant dans un large échantillon de dyades ( $N = 1077$ ). Les résultats ont montré que les mères qui avaient présenté des symptômes dépressifs à deux ou plus de deux périodes non consécutives durant les trois premières années de vie de l'enfant étaient plus susceptibles d'avoir des enfants avec des patrons d'attachement de type insécurisant-ambivalent ou désorganisé à 36 mois que celles qui n'avaient pas eu de d'épisodes dépressifs récurrents. La dépression chronique (trois temps de mesure sur cinq) était associée à l'attachement désorganisé. Toutefois, aucune association entre la dépression maternelle et l'attachement n'était significative si la symptomatologie dépressive maternelle était limitée aux 15 premiers mois du post-partum.

Ces résultats rejoignent ceux de la méta-analyse de Martins et Gaffan (2000) qui avait mis en évidence que cette association était davantage significative dans les études ayant mesuré les comportements d'attachement à 18 mois plutôt qu'à 12 mois.

Cyr et ses collègues (2001) ont quant à eux montré un lien temporel entre la dépression maternelle survenue pendant la période préscolaire de l'enfant (entre trois et cinq ans) et les stratégies d'attachement insécurisant ambivalent et désorganisé de l'enfant au début de la période scolaire (entre cinq et sept ans). Ainsi, la dépression maternelle semble avoir un impact sur le développement du lien d'attachement même chez l'enfant plus âgé. Ces données appuient l'importance d'examiner le lien entre la dépression maternelle actuelle et la qualité de la relation d'attachement au-delà de la période de l'âge précoce.

Deux études longitudinales ont examiné ce lien auprès d'une population clinique de mères souffrant de dépression et de leurs enfants. Dans l'étude de Toth et al. (2009), les mères ( $N = 63$ ) avaient vécu au moins un épisode dépressif majeur diagnostiqué selon les critères du DSM III-R (APA, 1987) depuis la naissance de leur enfant. Les résultats révèlent que les enfants dont les mères avaient souffert de dépression présentaient significativement moins de comportements d'attachement sécurisant que ceux issus de mères sans antécédent de dépression (17,8% versus 54,7% à 20 mois et 13,6% versus 40,9% à 36 mois) et plus de comportements d'attachement insécurisant et en particulier désorganisé que ceux dont la mère n'avait pas vécu d'épisode de dépression (48,9% versus 16,7% à 20 mois et 40,9% versus 20,8% à 36 mois). Une étude australienne s'est intéressée à un échantillon de mères ( $N = 92$ ) ayant résidé pendant une semaine dans un centre d'aide aux soins de base (incluant le sommeil et l'alimentation) quand leur bébé était âgé entre deux et quatre mois. Une grande majorité d'entre elles rencontraient les critères diagnostiques de dépression majeure (Trapoloni et al., 2007). La symptomatologie dépressive maternelle, réévaluée quand l'enfant avait quatre ans, était associée à des représentations d'attachement insécurisant chez l'enfant, telles que mesurées à partir du test d'histoires à compléter pour l'étude des représentations d'attachement (*Attachment Story Completion Task*; Bretherton et al., 1990).

Par ailleurs, que ce soit en population normative ou clinique, la dépression maternelle semble davantage prédire l'attachement désorganisé que les autres patrons

d'attachement insécurisant chez l'enfant d'âge préscolaire et ce d'autant plus si la dépression est chronique ou sévère (Campbell et al., 2004; Mills-Koonce et al., 2008; Toth et al., 2009). En particulier, l'étude de Mills-Koonce et ses collaborateurs (2008) portant sur un large échantillon de dyades ( $N = 1040$ ) fait ressortir que près de la moitié des mères dont l'enfant présentait un attachement désorganisé à trois ans avaient atteint des seuils cliniques de dépression à au moins une des périodes d'évaluation (à 6, 15, 24, ou 36 mois), alors que c'était le cas pour seulement un tiers des mères dont les enfants appartenaient aux autres groupes d'attachement. Aussi, les mères d'enfants présentant un attachement désorganisé avaient des scores plus sévères de dépression que celles dont les enfants présentaient d'autres patrons d'attachement.

En résumé, les premières méta-analyses ont fait ressortir une association significative quoique faible entre la dépression maternelle et les comportements d'attachement insécurisant chez l'enfant (Atkinson et al., 2000; Martins & Gaffan, 2000; van IJzendoorn et al., 1999). Cette association apparaît d'autant plus significative quand la dépression est cliniquement diagnostiquée ou lorsque les symptômes dépressifs atteignent un niveau clinique de sévérité sur les échelles d'évaluation continue en population normative ou à risque socio-économique élevé. Les études longitudinales plus récentes, réalisées en population générale à faible risque socio-économique ou en population clinique maternelle, semblent confirmer ces résultats et suggèrent que la dépression maternelle puisse prédire l'attachement insécurisant et plus particulièrement l'attachement désorganisé (Mills-Koonce et al., 2008; Toth et al., 2009; Trapoloni et al., 2007) bien que cette association ne soit pas constamment observée (Tharner et al., 2012a).

Outre le niveau de sévérité de la dépression, le moment où celle-ci se présente chez la mère selon la période du développement de l'enfant, semble constituer un critère important à considérer pour expliquer l'hétérogénéité des résultats obtenus. Ainsi, le lien entre la dépression maternelle et les comportements d'attachement mère-enfant est encore plus évident s'il concerne des enfants âgés de plus de 15 mois. En effet, plusieurs études qui n'avaient pas observé d'association significative entre ces deux variables avaient été réalisées auprès d'enfants âgés de moins de 15 mois (Campbell et al., 2004; Martins &

Gaffan, 2000; NICHD, 1997; Tharner et al., 2012a). Il est remarquable de constater que seulement très peu de chercheurs se sont intéressés à cette question chez des enfants d'âge préscolaire (Teti et al. 1995; Trapolini et al., 2007). Pourtant, même si les deux premières années de vie constituent une période sensible pour le développement de l'enfant, les liens d'attachement parent-enfant continuent à se construire au-delà de ces âges. Comme le soulignait Bowlby (1991), les liens d'attachement se développent tout au long de la vie et principalement pendant les années propres à l'enfance ou à l'adolescence. Aussi, il est d'autant plus important d'étudier la période du développement d'âge préscolaire chez l'enfant que les enjeux affectifs et relationnels des années suivantes en dépendent grandement.

Enfin, à notre connaissance, aucune étude n'a jusqu'à présent examiné la question du lien entre la dépression maternelle et les comportements d'attachement mère-enfant auprès de groupes cliniques d'enfants et plus spécifiquement chez des enfants consultant en pédopsychiatrie.

#### **1.4.1.4 Dépression maternelle et CDCS chez l'enfant**

Très peu d'études ont questionné le lien entre des facteurs psychologiques maternels et les CDCS chez l'enfant, sans doute du fait que ce n'est que depuis très récemment que des chercheurs se sont interrogés sur la pertinence d'examiner les CDCS en dehors d'un contexte de maltraitance ou de négligence avérée. De plus, ce n'est que depuis peu que la qualité des interactions mère-enfant et en particulier de la sensibilité ou de la disponibilité émotionnelle maternelle sont reconnues comme pouvant avoir une influence sur la présence des CDCS chez l'enfant (Lalande et al., 2012; Love et al., 2015; Lyons-Ruth et al., 2009).

Néanmoins, il a été rapporté que des antécédents psychiatriques et plus particulièrement d'abus de substance chez la mère étaient associés à la présence de CDCS chez l'enfant (Boris et al., 2004; Lyons-Ruth et al., 2009; Zeanah et al., 2004). Deux études

ont recherché plus spécifiquement un lien entre la dépression maternelle et la présence de CDCS chez des enfants vivant auprès de leur mère biologique.

La première étude incluait 75 dyades mère-enfant issues de milieux à risque élevé sur le plan socio-économique (pauvreté) et visait à évaluer la présence de CDCS en fonction du degré de la qualité des soins (*caregiving*) reçus par la mère (Lyons-Ruth et al., 2009). Une symptomatologie maternelle de niveau clinique, telle qu'évaluée à partir du *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977) n'était pas associée à la présence de CDCS chez l'enfant à 18 mois ( $n = 22$ ). Cette étude a toutefois l'avantage d'avoir évalué la présence de CDCS à partir d'une grille de mesure observationnelle (RISE; Riley et al., 2005) permettant d'obtenir des scores de CDCS selon une échelle continue. Malgré l'absence de résultat significatif, il est intéressant de constater que dans le groupe des mères dont la qualité des soins était défailante, les scores moyens de CDCS étaient proches du seuil clinique chez les enfants dont les mères présentaient une dépression sans situation de maltraitance associée aussi bien à 12 mois qu'à 18 mois.

Dans la seconde étude, la dépression maternelle, évaluée à quatre mois du post-partum auprès d'un échantillon de mères adolescentes, n'était pas prédictive de la présence de CDCS mesurés, avec la même méthode observationnelle que dans l'étude précédente, chez l'enfant à 15 mois (Lalande et al., 2012). Selon les auteurs de cette étude, il est possible que le faible taux de mères dépressives (10 % sur les 117 recrutées) ainsi que l'intervalle de temps d'environ 11 mois entre la mesure des symptômes dépressifs et celle des CDCS aient pu expliquer le manque de lien obtenu entre ces deux variables.

Comme il est possible de le constater, même si ces deux études n'ont pas mis en évidence d'association entre la dépression maternelle et la présence de CDCS chez le très jeune enfant (âge  $\leq 18$  mois), des scores moyens de CDCS proches du seuil clinique ont pu être observés chez des enfants de mères dépressives. Par ailleurs, aucune étude n'a à ce jour examiné ce lien chez des enfants d'âge préscolaire et dans des milieux à risque autres que des milieux à risque socio-économique élevé.

## **1.4.2 L'anxiété maternelle**

### **1.4.2.1 Définition de l'anxiété**

L'anxiété désigne un état émotionnel de tension nerveuse, de peur dont l'objet est mal différencié. Alors que l'anxiété est une réaction normale à certaines situations, un trouble anxieux est diagnostiqué quand les symptômes d'anxiété induisent une détresse significative et affectent la capacité de l'individu à fonctionner dans la vie de tous les jours. Sept catégories de troubles anxieux (comme, par exemple, le Trouble d'anxiété généralisée ou le Trouble d'anxiété sociale) sont ainsi définies dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5<sup>ème</sup> édition (DSM 5; APA, 2013). Comme c'est le cas pour la dépression, bien que les échelles dimensionnelles soient moins spécifiques que les instruments qui permettent d'évaluer les troubles anxieux selon des critères catégoriels, celles-ci permettent toutefois d'évaluer le degré de sévérité de la symptomatologie anxieuse selon une graduation d'un niveau faible à élevé. Ceci est surtout utile pour les chercheurs intéressés à étudier le degré de sévérité d'anxiété dans des populations normatives ou pour les cliniciens utilisant l'analyse fonctionnelle dans le cadre des thérapies cognitivo-comportementales.

Jusqu'à présent, peu de chercheurs se sont intéressés à examiner l'impact potentiel de l'anxiété maternelle sur le développement de l'enfant et en particulier sur le lien d'attachement mère-enfant. Ceci peut paraître d'autant plus surprenant que les troubles anxieux sont reconnus comme étant relativement fréquents chez les femmes qui élèvent des enfants (Kessler et al., 2001).

### **1.4.2.2 Comportements observés chez les mères anxieuses en relation avec leur enfant**

En général, le climat émotionnel entre les mères anxieuses et leur enfant se trouverait altéré par rapport à celui qui est observé chez les mères non anxieuses (Nicol-Harper et al., 2007; Turner et al., 2003).

Les mères présentant un diagnostic de trouble anxieux manifesteraient davantage de comportements de retrait ou de désengagement envers leur enfant que les mères non anxieuses (Woodruff-Borden et al., 2002). Dans une étude incluant un échantillon d'enfants âgés entre 3 et 12 ans ( $N = 125$ ), Kertz et al. (2008) ont rapporté que les mères avec un trouble anxieux diagnostiqué selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000) se montraient moins sensibles aux besoins de leur enfant que celles du groupe témoin lors de leurs interactions avec leur enfant observées au cours d'une tâche sociale.

Il a été montré que les mères anxieuses, qu'elles soient issues de populations cliniques ou normatives, seraient moins chaleureuses, auraient des comportements plus intrusifs et se montreraient plus critiques envers leur enfant que les mères non anxieuses. Elles auraient également tendance à considérer les événements comme plus catastrophiques qu'ils ne le sont en réalité et favoriseraient moins l'autonomie de leur enfant que les mères non anxieuses (Creswell et al., 2013; Moore et al., 2004; Whalley et al., 1999; Woodruff-Borden et al., 2002). Par contre, bien que des comportements contrôlants de la part des mères aient parfois été associés à l'anxiété maternelle, deux méta-analyses et une étude récente ne soutiennent pas l'hypothèse qu'il pourrait exister un lien entre les deux (McLeod et al., 2007; Van der Bruggen et al., 2008, 2010).

En population normative, Weinberg et Tronick (1998) ont montré que les mères qui se définissaient comme anxieuses manifestaient moins d'engagement dans leurs interactions avec leur enfant que les mères non anxieuses, que ce soit au niveau des expressions faciales, de la voix ou du toucher.

Ainsi, les enfants de mères présentant une symptomatologie anxieuse, que celle-ci relève d'un trouble anxieux diagnostiqué ou non, sont susceptibles de recevoir des soins de moindre qualité de la part de leur mère et de développer avec elle de moins bonnes relations que ceux dont la mère n'est pas anxieuse.

### 1.4.2.3 Anxiété maternelle et comportements d'attachement de l'enfant à sa mère

En population normative, si l'étude de Barnett et al. (1987) n'avait pas observé d'association entre l'anxiété maternelle et les comportements d'attachement chez de très jeunes enfants ( $M = 12$  mois), une étude longitudinale plus récente, menée dans le but de rechercher des déterminants maternels associés à l'attachement ambivalent, a rapporté un lien significatif entre ces deux variables (Scher et al., 2000). Les mères ( $N = 98$ ) étaient recrutées en service de maternité et les comportements d'attachement étaient évalués à partir de la Situation Étrangère (Ainsworth et al., 1978) à la visite des 12 mois de l'enfant. Ceux présentant des comportements d'attachement ambivalent, soit 22% des enfants, étaient comparés au groupe d'enfants dont le patron d'attachement était sécurisant (77%). L'anxiété maternelle, plus spécifiquement l'anxiété de séparation chez la mère, était mesurée au moyen de l'échelle *Maternal Separation Anxiety Scale* (MSAS; Hock et al., 1989) quand les bébés avaient neuf mois. Les mères dont les enfants avaient un attachement ambivalent à 12 mois, avaient des scores plus élevés sur l'échelle MSAS que celles dont les bébés avaient un patron d'attachement sécurisant.

Chez des enfants d'âge préscolaire, dans une première étude visant à examiner les caractéristiques d'un échantillon de mères ( $N = 78$ ) issues d'une population normative en fonction du groupe d'attachement de leur enfant, Stevenson-Hinde et al. (1995) ont rapporté que les mères d'enfants du groupe ambivalent étaient plus anxieuses que celles des autres groupes. Plus récemment, les mêmes auteurs ont rapporté que l'anxiété maternelle ( $N = 98$ ), telle qu'évaluée à partir de l'échelle *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Snaith & Zigmond, 1994) était associée négativement à l'attachement sécurisant et positivement à l'attachement insécurisant ambivalent et contrôlant chez l'enfant (Stevenson-Hinde et al., 2011). Dans ces deux études la moyenne d'âge des enfants était de quatre ans et demi et les comportements d'attachement étaient évalués à partir de la procédure de Séparation-Réunion (Cassidy & Marvin, 1992).

Manassis et al. (1994) se sont intéressés à un échantillon clinique de mères ( $N = 18$ ), toutes recrutées en clinique externe d'un service de psychiatrie hospitalier et dont le diagnostic de trouble anxieux était établi à partir du *Structured Clinical Interview for DSM-*



*III-R* (SCID; Spitzer et al., 1992). Étaient exclues les mères présentant un diagnostic de psychose ou de trouble affectif. Les comportements d'attachement des enfants (âgés entre 18 et 59 mois;  $N = 20$ ) étaient évalués au moyen de la Situation Étrangère (Ainsworth et al., 1978). Seulement quatre enfants avaient un patron d'attachement sécurisant (20%). Une large proportion d'enfants avait un attachement insécurisant (80%) et parmi ces derniers, 65% avaient un attachement de type désorganisé.

Même si ces études sont trop peu nombreuses pour qu'il soit possible d'en généraliser les résultats, ces données suggèrent que l'anxiété maternelle pourrait être associée à l'attachement insécurisant et plus spécifiquement à l'attachement ambivalent ou désorganisé/contrôlant, du moins en population générale. Il est possible que les mères anxieuses aient une moins bonne évaluation du danger réel avec, comme conséquence, une tendance à peu encourager leur enfant à l'autonomie en suscitant des peurs chez ce dernier en raison de leur propension au « catastrophisme ». Les comportements d'exploration de l'enfant s'en trouveraient entravés avec, à l'inverse, une suractivation du système d'attachement, comme on peut le voir chez les enfants qui présentent un attachement insécurisant de type ambivalent. Lorsque le degré de sévérité de l'anxiété maternelle atteint un niveau clinique, il semble que ce soit l'attachement insécurisant de type désorganisé qui soit principalement associé à l'anxiété maternelle, comme le laisse supposer l'étude de Manassis et al. (1994). Toutefois, étant donné la petite taille de l'échantillon, cette hypothèse ne peut être avancée qu'avec prudence.

#### **1.4.2.4 Anxiété maternelle et CDCS chez l'enfant**

Plusieurs études ont montré que le climat émotionnel entre les mères anxieuses et leur enfant était susceptible d'entraver la qualité de la relation mère-enfant. De plus, il a été rapporté que des antécédents psychiatriques chez la mère étaient associés à la présence de CDCS chez l'enfant (Boris et al., 2004; Lyons-Ruth et al., 2009; Zeanah et al., 2004). Malgré ces constats, aucune étude n'a à ce jour évalué le lien entre l'anxiété maternelle et

les CDCS. Il s'avère pourtant pertinent d'évaluer si l'anxiété chez la mère peut constituer un facteur de risque associé à la présence de CDCS chez l'enfant afin de mieux comprendre les conditions liées à leur émergence.

### **1.4.3 Le stress parental vécu par la mère**

#### **1.4.3.1 Définition du stress parental**

Tel que défini par Abidin (1986), le stress parental consiste en un état de malaise psychologique ressenti par le parent, relié au domaine spécifique de l'éducation de son enfant, soit le stress que le parent vit lorsqu'il élève son enfant. Cette conception s'inspire du modèle transactionnel du stress proposé par Lazarus et Folkman (1984) qui ont souligné l'importance du rôle des processus cognitifs dans la survenue de l'état de stress. Selon ces auteurs, ce ne sont pas tant les événements en eux-mêmes qui déterminent l'apparition d'un état de stress que la perception et le vécu ressenti par rapport à ces événements. Aussi ont-ils défini le stress comme étant « une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ».

Dans le domaine de la parentalité, le stress perçu peut ainsi être compris comme étant la résultante de l'interprétation subjective par le parent des situations concernant l'exercice de son rôle auprès de son enfant (Abidin, 1995). De façon plus spécifique, le stress parental peut être expliqué comme étant l'écart ressenti par le parent entre, d'une part, les exigences posées par la situation et l'enfant lui-même et, d'autre part, les ressources et habiletés disponibles pour répondre à ces exigences (Lacharité et al., 1999). Plus l'écart entre ces deux aspects sera grand, plus la tension psychique éprouvée par le parent sera importante et aura un caractère pénible, ce qui correspond au stress parental.

Plusieurs facteurs peuvent influencer le niveau de stress vécu par le parent lorsqu'il éduque son enfant. Le modèle théorique d'Abidin (1995) distingue trois sources de stress importantes selon que ces facteurs proviennent de caractéristiques propres au parent, à l'enfant ou de situations contextuelles. Lorsque la source du stress chez le parent provient de caractéristiques propres à lui-même se manifestant lorsqu'il est en relation avec son enfant, plusieurs composantes sont identifiées. Celles-ci incluent entre autres la culpabilité et la détresse ressenties par le parent ainsi que le sentiment d'incompétence du parent envers son enfant. Les caractéristiques propres à l'enfant impliquées dans le stress ressenti par le parent comprennent le degré d'exigence de l'enfant vis-à-vis de son parent, l'acceptation des caractéristiques de l'enfant par le parent et la capacité de l'enfant à gratifier et à renforcer son parent. Enfin, les caractéristiques contextuelles englobent des composantes relatives à la relation conjugale, au soutien social, au sentiment d'être restreint (ou d'avoir moins de liberté personnelle du fait du rôle parental) et à la santé physique du parent. L'instrument le plus reconnu permettant d'évaluer le stress parental, le *Parental Stress Index* (PSI; Abidin, 1995) s'articule autour de ces différentes composantes qui, bien qu'évaluées indépendamment, sont en réalité inter reliées.

#### **1.4.3.2 Comportement des mères présentant un haut niveau de stress parental à l'égard de leur enfant**

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux effets du stress parental sur la dynamique relationnelle parent-enfant. Bien qu'utilisant des méthodes de mesure différentes pour évaluer le stress vécu, la plupart des études tendent à montrer des associations entre le stress parental, un moindre niveau de bien-être chez les parents et des attitudes parentales négatives envers leur enfant (Crnic & Low, 2002; Deater-Deckard & Scarr, 1996; Hauser-Cram et al., 2001; Roach et al., 1999; Smith et al., 2001; Thompson et al., 1993). Aussi, les parents qui rapportent de plus hauts niveaux de stress parental sont en général plus autoritaires, moins impliqués et plus négatifs dans leurs interactions avec leur

enfant que ceux qui rapportent des niveaux moins élevés de stress (Belsky et al., 1996; Bolger et al., 1989; Deater-Deckard & Scarr, 1996; McBride & Mills, 1994).

Bigras et LaFrenière (1994) ont observé un lien entre le stress parental et les comportements maternels auprès de garçons d'âge préscolaire ( $N = 45$ ), à savoir que les mères avec un niveau de stress élevé associé à leur rôle de parent semblent plus froides, moins disponibles et moins prévenantes à l'égard de leur enfant.

Ainsi, un niveau élevé de stress parental pourrait compromettre les comportements de la mère lors de ses interactions avec son enfant, ce qui peut avoir des effets négatifs sur le développement de l'enfant et en particulier sur la qualité de son lien d'attachement à son parent. De plus, les enfants d'âge préscolaire seraient particulièrement sensibles, voire vulnérables à l'état de leurs parents lorsque ceux-ci vivent du stress en raison de leur grande dépendance affective vis-à-vis de ces derniers (Hodges et al., 1990), ce qui peut avoir un impact délétère sur la façon dont les liens vont se nouer entre eux.

#### **1.4.3.3 Stress parental vécu par la mère et comportements d'attachement de l'enfant à sa mère**

Dans le cadre d'une méta-analyse portant sur 13 études ( $N = 768$  dyades mère-enfant), Atkinson et al. (2000) ont obtenu un effet combiné significatif quoique faible ( $r = 0,19$ ) entre un haut niveau de stress chez la mère et l'attachement insécurisant chez l'enfant. Cette méta-analyse est constituée d'études avec des échantillons hétérogènes, la majorité d'entre elles portant sur des populations à risque élevé qu'il s'agisse de mères adolescentes, à faible statut socio-économique, cliniquement anxieuses ou dépressives, ou encore des groupes cliniques d'enfants avec problématiques physiques ou nés prématurément. D'un point de vue méthodologique, une grande disparité est également observée en fonction des instruments utilisés aussi bien pour évaluer les comportements d'attachement chez l'enfant que le stress maternel. Il est intéressant de noter que les études qui n'avaient pas rapporté d'association significative entre le stress vécu par la mère et les comportements d'attachement étaient peu nombreuses et avaient évalué le stress maternel à partir

d'échelles mesurant les événements de vie stressants (Jacobson et Frye, 1991; Nakagawa et al., 1992; Spieker et al., 1988). Même si Atkinson et al., (2000) n'ont pas confirmé leur hypothèse selon laquelle le stress parental serait davantage associé aux comportements d'attachement que le stress lié aux événements de vie, ces auteurs mentionnent que le faible nombre d'études et la petite taille des échantillons ne permettraient pas néanmoins d'en tirer une conclusion.

D'autres études ayant toutes utilisé le PSI (Abidin, 1995) pour mesurer le stress maternel font également ressortir une relation inverse entre le stress parental vécu par la mère et les comportements d'attachement sécurisant chez l'enfant, aussi bien dans des milieux à faible risque (Dubois-Comtois & Moss, 2004; Jarvis & Creasey, 1991; Moss et al., 2004b; Scher et al., 2000) que dans des milieux à risque socio-économique élevé (Hadadian & Merbler, 1996). Ce lien n'a cependant pas été mis en évidence dans une étude hollandaise plus récente (Tharner et al., 2012b) portant sur un large échantillon de dyades ( $N = 606$ ). Toutefois, l'âge précoce des enfants au moment de l'évaluation de leurs comportements d'attachement (à 14 mois) de même que l'intervalle de temps entre la mesure du stress vécu par la mère (aux 18 mois de l'enfant) et les comportements d'attachement chez l'enfant pourraient expliquer l'absence d'association entre ces deux variables dans cette étude puisque le stress est une variable qui varie substantiellement avec le temps. En effet, plus le délai de temps entre la mesure du stress et celle de l'attachement est élevée, plus la probabilité d'observer une association entre ces deux mesures diminue (Atkinson et al., 2000). De plus, Tharner et ses collègues (2012b) ont utilisé l'échelle NOSIK (De Brock et al., 1992), adaptation hollandaise du *Parental Stress Index - Short Form* (PSI-SF; Abidin, 1990a) pour mesurer le stress maternel. Toutefois, seule la sous-échelle « détresse parentale » avait été retenue pour l'étude, ce qui soulève la question de savoir si une association significative aurait pu être obtenue avec les sous-échelles « difficultés de l'enfant » et « interactions dysfonctionnelles » ou avec le score total combinant les trois sous-échelles.

Enfin, tout comme dans la méta-analyse d'Atkinson et al. (2000), très peu d'études ont évalué le lien entre le stress maternel et les comportements d'attachement chez des enfants d'âge préscolaire (Hadadian & Merbler, 1996; Moss et al., 2004b).

En résumé, la plupart des études ont montré une relation inverse entre le stress vécu par la mère et l'attachement sécurisant chez l'enfant. Il ressort néanmoins certaines limites méthodologiques, à savoir l'utilisation d'instruments variés pour mesurer l'attachement et le stress vécu par la mère bien que la majorité des études plus récentes aient évalué le stress maternel à partir du PSI (Abidin, 1995). Enfin, très peu d'études se sont intéressées à des populations d'enfants d'âge préscolaire et aucune n'a évalué ce lien chez des enfants consultant en pédopsychiatrie.

#### **1.4.3.4 Stress parental vécu par la mère et CDCS chez l'enfant**

A notre connaissance, une seule étude a examiné le lien entre les CDCS et le stress parental. Scheper et al. (2016) ont évalué 200 enfants d'âge préscolaire et scolaire ( $M = 4,7$  ans,  $\acute{E}-T = 1,3$ ) répartis en deux groupes : ceux vivant en famille d'accueil ( $n = 59$ ) et ceux élevés dans leur milieu familial ( $n = 141$ ). Les enfants étaient recrutés auprès de deux cliniques de consultation externe en santé mentale de la ville d'Amsterdam (Pays-Bas). Seuls ceux adressés pour des problèmes émotionnels et comportementaux étaient sélectionnés. Les CDCS étaient évalués au moyen d'un entretien semi-structuré administré à la figure de soins principale, le *Disturbances of Attachment Interview* (DAI; Smyke & Zeanah, 1999), qui permet d'établir trois niveaux symptomatiques de comportements indiscriminés (absence de symptômes évidents, présence de quelques symptômes et symptômes évidents). Le stress parental était évalué à partir du NOSIK (De Brock et al., 1992). Des niveaux plus élevés de CDCS étaient associés à de plus hauts scores de stress parental, même après avoir pris en compte l'effet modérateur des problèmes de comportements extériorisés des enfants tels qu'évalués avec le *Child Behaviour Checklist* (CBCL; Achenbach, 2000), tant dans le groupe d'enfants vivant en famille d'accueil que chez ceux élevés dans leur milieu familial.

## 1.5 Résumé, objectifs, questions et hypothèses de recherche

### Résumé

Les études consacrées à l'attachement et réalisées au cours des trente dernières années ont confirmé le rôle fondamental de la qualité des soins maternels sur le développement du lien d'attachement mère-enfant (Fearon & Belsky, 2016). La qualité des soins maternels semble également jouer un rôle important dans le développement des CDCS tel qu'observé dans des milieux à risque psychosocial élevé (Lalande et al., 2012; Love et al., 2015; Lyons-Ruth et al., 2009; Pears et al., 2010). Les mères souffrant de psychopathologies ou de troubles émotionnels sont susceptibles de prodiguer des soins défailants ou de manquer de disponibilité psychique envers leur enfant (Middleton et al., 2009; Jarvis & Creasey, 1991), ce qui pourrait affecter la qualité de la relation d'attachement de l'enfant à son parent et contribuer au développement de CDCS chez l'enfant.

Jusqu'à présent, les études empiriques se sont principalement intéressées à la dépression et au stress maternels comme facteurs de risque potentiels en lien avec l'attachement mère-enfant. Il a ainsi été rapporté une association significative entre la dépression maternelle et l'attachement insécurisant et ce, davantage lorsque la dépression maternelle est sévère. Seulement quelques rares études ont testé le lien entre l'anxiété maternelle et l'attachement mère-enfant. Celles-ci ont montré une association significative entre l'anxiété maternelle et l'attachement insécurisant et plus spécifiquement avec l'attachement ambivalent et désorganisé, mais elles demeurent trop peu nombreuses pour que ces résultats puissent être généralisés. Un niveau de stress parental élevé a également été associé à davantage de comportements d'attachement insécurisant chez l'enfant. Cependant, l'hétérogénéité des méthodes utilisées rend parfois les études difficilement comparables entre elles (variabilité des instruments employés pour évaluer l'attachement, délai de temps fluctuant entre la mesure du stress parental et celle de l'attachement).

En général, les recherches empiriques sur l'attachement se sont centrées sur des populations de très jeunes enfants, ces résultats sont donc difficilement extrapolables à des

populations d'enfants d'âge préscolaire compte tenu des enjeux développementaux très différents de 0 à 5 ans.

Si la plupart des études ont ciblé des populations normatives ou à haut risque psychosocial, aucune d'entre elles n'a encore testé ces variables auprès d'enfants consultant en pédopsychiatrie. Pourtant, les mères d'enfants consultant en pédopsychiatrie semblent présenter un groupe à risque, celles-ci pouvant se montrer plus intrusives, moins sensibles, moins soutenantes ou structurantes dans leurs interactions avec leur enfant que les mères d'enfants issus de populations normatives (Dollberg et al., 2010; Keren et al., 2001; Keren et al., 2010). Elles semblent également présenter des niveaux plus sévères de symptômes phobiques ou dépressifs que les mères d'enfants tout-venant (Keren et al., 2010). Les mères d'enfants consultant en pédopsychiatrie sont donc susceptibles de présenter plusieurs facteurs de risque qui, sur le plan interactionnel, pourraient également être impliqués dans le développement de comportements d'attachement insécurisant et de CDCS chez l'enfant.

Très peu d'études se sont consacrées jusqu'à présent à évaluer le lien entre des indices psychologiques maternels et la présence de CDCS chez l'enfant. Une étude a mentionné des scores élevés, proches du seuil clinique, de CDCS chez des enfants de mères dépressives lorsqu'ils sont mesurés sur une échelle continue par méthode observationnelle (Lyons-Ruth et al., 2009). Aucune étude n'a évalué le lien entre les CDCS et l'anxiété maternelle et une seule étude a testé et rapporté un lien significatif entre le stress parental et la présence de CDCS chez l'enfant (Scheper et al., 2016).

Par ailleurs, la question du lien entre les CDCS et la qualité de la relation d'attachement mère-enfant demeure à être clarifiée et il apparaît nécessaire de poursuivre les études en ce sens, surtout auprès d'enfants vivant avec leur mère biologique, ce qui a l'avantage d'éliminer les facteurs confondants liés aux changements fréquents de figures de soins et à la négligence sévère. De plus, les études qui ont montré un lien significatif entre les comportements d'attachement insécurisant et les CDCS ont toutes évalué les CDCS par mesure observationnelle et ce, à un âge précoce de l'enfant (inférieur à 18 mois), contrairement à celles qui n'ont pas mis en évidence de lien entre ces deux variables interactionnelles. Il paraît de ce fait pertinent de questionner si ce lien pourrait également



être observé à l'âge préscolaire en évaluant les CDCS par méthode observationnelle chez des enfants vivant avec leur mère biologique.

## **Objectifs**

Le premier objectif de l'étude consiste à examiner le lien entre les comportements d'attachement mère-enfant et la présence de CDCS chez des enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie.

Le second objectif est d'évaluer si, chez ces enfants, des variables relatives au fonctionnement psychologique maternel sont associées, d'une part, aux comportements d'attachement mère-enfant, et d'autre part, à la présence de CDCS chez l'enfant.

De plus, étant donné que les facteurs socio-économiques sont susceptibles d'affecter la qualité de la relation d'attachement mère-enfant, ceux-ci seront pris en considération dans l'ensemble des analyses.

## **Questions et hypothèses de recherche**

Question 1 :

Existe-t-il une association entre les comportements d'attachement mère-enfant et la présence de CDCS chez des enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie?

Hypothèse 1 :

Les enfants présentant un attachement insécurisant auront de plus hauts scores de CDCS que ceux avec un attachement sécurisant.

Question 2 :

Le fonctionnement psychologique maternel, tel qu'évalué selon des indices de dépression, d'anxiété et de stress parental, est-il associé à l'attachement mère-enfant?

Hypothèse 2 :

Plus les mères présenteront des symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress parental, moins les comportements d'attachement de l'enfant seront de type sécurisant et plus ils seront de type insécurisant.

Question 3 :

Le fonctionnement psychologique maternel, tel qu'évalué selon des indices de dépression, d'anxiété et de stress parental, est-il associé à la présence de CDCS chez l'enfant?

Hypothèse 3 :

Compte tenu du manque d'études ayant évalué le lien entre la détresse psychologique des mères et la présence de CDCS chez l'enfant, cette association sera évaluée de manière exploratoire dans le cadre de ce mémoire.

## **Chapitre 2 : Méthode**

Il s'agit d'une étude transversale, quantitative et corrélationnelle, qui s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus large s'intéressant à l'évaluation de caractéristiques individuelles, parentales et relationnelles associées à la santé mentale d'enfants d'âge préscolaire. Ce projet, co-dirigé par Dre Karine Dubois-Comtois et Dre Julie Achim, psychologues et chercheuses, se déroule à l'Hôpital Sacré-Cœur du Centre Intégré Universitaire de Santé et des Services Sociaux du Nord de l'Île de Montréal (CIUSSS NIM, Québec, Canada). La collecte des données, qui a débuté en janvier 2013, est toujours en cours.

### **2.1 Participants**

Tous les parents d'enfants âgés entre zéro et six ans consultant au Service de pédopsychiatrie étaient invités à participer à la recherche. Étaient exclus les enfants dont les troubles entravaient de manière importante la communication (trouble du spectre de l'autisme de niveau 2 ou 3, trouble du développement intellectuel de moyen à profond ou trouble de langage important), ainsi que ceux pour lesquels l'équipe médicale ou professionnelle identifiait une contre-indication clinique à participer.

Pour la présente étude, seules les familles recrutées entre janvier 2013 et décembre 2015 ont été retenues. Sur les 82 familles auxquelles le projet a été présenté, 41 ont accepté de participer à la recherche, soit un taux de participation de 50%. Les critères d'inclusion pour le présent mémoire comprenaient : (1) enfants âgés entre 22 mois et 71 mois, (2) enfants vivant avec leur(s) parent(s) biologique(s) et n'ayant jamais vécu en institution ou en famille d'accueil. Au total, 30 dyades mère-enfant sur les 41 dyades ayant participé au projet plus large ont répondu à ces critères. Les 11 enfants exclus du mémoire l'ont été en

raison de leur âge trop avancé rendant impossible l'évaluation des CDCS. Une famille a abandonné l'étude en cours, ce qui fait un total de 29 dyades pour l'échantillon.

Les enfants du présent échantillon étaient âgés entre 23 et 71 mois ( $M = 4,7$  ans ;  $É.T. = 1,08$ ). Environ les deux tiers étaient des garçons ( $n = 20$ , soit 69%). Cette répartition est représentative de la population étudiée puisqu'au cours des deux dernières années, les enfants âgés de moins de six ans ayant consulté au Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sacré Cœur de Montréal étaient des garçons pour 64 % des cas ( $n = 25$ ). Cette distribution est également représentative de celle observée habituellement dans les études qui se sont intéressées à des échantillons d'enfants de cette tranche d'âge en milieu pédopsychiatrique (Coskun & Kaya, 2016; Equit et al., 2011; Gaumon et al., 2016; Mubarak et al., 2016; Wilens et al., 2002).

Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés étaient les troubles neurodéveloppementaux ayant trait au trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (59%), au langage (52%) ou à la motricité (41%), les problèmes de régulation sensorielle (34%), les problèmes relationnels parent-enfant (31%), le trouble d'opposition avec provocation (31%), les troubles anxieux (27%), les problèmes de sommeil (21%), le trouble du spectre de l'autisme de degré léger (14%), l'énurésie et l'encoprésie (10%) et le TRA (7%). La comorbidité était fréquente puisqu'elle concernait 76% des cas; 52% des enfants avaient plus de deux diagnostics. Seulement quelques rares études se sont intéressées à évaluer spécifiquement la prévalence des diagnostics psychiatriques dans des populations cliniques d'enfants d'âge préscolaire (Breton et al., 1996; Coskun & Kaya, 2016; Equit et al., 2011; Gaumon et al., 2016; Wilens et al., 2002), aussi il est difficile de déterminer si ces résultats sont représentatifs de la population pédopsychiatrique habituellement rencontrée. Néanmoins, l'échantillon étudié présente des caractéristiques proches de celles observées dans les études précédentes quant aux diagnostics psychiatriques, même si les taux varient parfois de façon importante d'une étude à l'autre, comme pour le TDAH où la fréquence se situe entre 10% et 86% selon les études. Par ailleurs, le taux de comorbidité apparaît un peu plus élevé dans le présent échantillon que dans celui des études précédentes (entre 14% et 68% selon les études).

Les mères de l'échantillon étaient âgées entre 29,2 et 38,4 ans ( $M = 33,8$ ;  $\acute{E}.T = 4,6$ ). La majorité d'entre elles étaient caucasiennes (86%), les autres moyen-orientales (7%), asiatiques (3,5%) ou latino-hispaniques (3,5%). Les pères étaient pour la majorité d'origine caucasienne (65,5%), les autres d'origine moyen-orientale (7%), latino-hispanique (7%), asiatique (3,5%), magrétine (3,5%) ou africaine sub-saharienne (3,5%). Pour 10% d'entre eux l'ethnie d'origine n'avait pu être identifiée du fait qu'il s'agissait de pères inconnus. La plupart des familles comptaient deux enfants (56,5%) et 26% en comptaient trois ou plus. Dans 17,5% des familles, il s'agissait d'enfants uniques.

Le statut socio-économique était en général moyen ou élevé. Toutefois, pour un peu plus d'un quart des familles, il était considéré comme faible. Plus précisément, 28% des familles avaient un revenu annuel en deçà de 40 000 \$; pour 38% d'entre elles, il se situait entre 40 000 et 80 000 \$ et 34% disposaient d'un revenu annuel de 80 000 \$ ou plus.

Le niveau d'éducation des mères était plutôt élevé par rapport à la moyenne retrouvée au Québec puisque près d'un tiers d'entre elles (31%) avaient atteint un niveau universitaire (27,1% des mères vivant en couple et 17,9% des mères vivant en monoparentalité ont obtenu un diplôme universitaire au Québec en 2006 selon Statistique Canada, 2011). Dans plus d'un cas sur cinq (21%), les mères avaient un degré de scolarité équivalent au secondaire cinq ou moins. Même si la majorité des mères vivaient en couples (66%), le taux de celles vivant en monoparentalité (34%) était proche de celui observé dans la région de Montréal (33% en 2006 d'après Statistique Canada, 2011).

Cet échantillon est donc considéré globalement à faible risque sur le plan socio-économique en regard des niveaux d'éducation maternelle, du statut de monoparentalité des mères et du revenu familial.

## 2.2 Procédure

Les familles remplissant les critères d'inclusion étaient identifiées par le pédopsychiatre traitant qui les informait de la tenue de l'étude. Les parents qui le souhaitaient étaient ensuite contactés par téléphone par un assistant de recherche qui leur expliquait la procédure et les invitait à prendre part à une rencontre d'évaluation en compagnie de leur enfant. Au cours de cette rencontre, un consentement écrit était signé et différentes tâches étaient proposées permettant entre autres d'évaluer la qualité des interactions et de la relation d'attachement de l'enfant à sa mère. L'assistant de recherche remettait également à chaque parent un cahier de questionnaires à remplir à la maison que la mère retournait lors d'une seconde rencontre d'évaluation individuelle. Les rencontres étaient filmées et enregistrées sur bande audiovisuelle afin de permettre la cotation du matériel recueilli.

Les familles recevaient une compensation monétaire de 20 \$.

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) en avril 2012 ainsi que par les comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de l'Université de Sherbrooke.

## 2.3 Instruments de mesure

### Données socio-démographiques et socio-économiques

Les données socio-démographiques et socio-économiques ont été recueillies à partir du Questionnaire destiné aux parents inclus au dossier médical. Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté, envoyé systématiquement à chaque famille faisant une demande de consultation en pédopsychiatrie. Celui-ci permet d'obtenir des informations relatives aux

données socio-démographiques et socio-économiques des enfants et de leurs parents (âge, état civil, situation familiale, professionnelle et sociale) et aux différentes étapes développementales de l'enfant. L'information sur le revenu familial a été obtenue dans un questionnaire de recherche remis aux parents ayant accepté de participer à l'étude.

### Diagnostic(s) psychiatrique(s) de l'enfant

Les données concernant le(s) diagnostic(s) psychiatrique(s) de l'enfant établi(s) selon la classification du DSM IV-TR (APA, 2000) ont été obtenues à partir du rapport d'évaluation rédigé par le pédopsychiatre traitant.

### Dépression et anxiété maternelles

Les symptomatologies anxieuse et dépressive actuelles ont été évaluées à partir de l'Inventaire Bref des Symptômes (Gosselin et Bergeron, 1993), version francophone du *Brief Symptoms Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983). Celui-ci constitue une version abrégée du *Symptom Checklist List 90-R* (SCL-90-R; Derogatis, 1977) dont la traduction a été validée auprès d'une population de femmes montréalaises francophones (Fortin et al., 1989). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté constitué de cinquante-trois énoncés évaluant neuf dimensions symptomatiques codées selon une échelle de type Likert en 5 points (0 = pas du tout, 4 = excessivement). Un score pour chaque dimension est obtenu en calculant la moyenne des énoncés qui y sont associés. Les scores moyens obtenus pour chaque dimension sont ensuite transformés en score T en fonction des normes établies de l'instrument. Un score  $T \geq 63$  est considéré au-delà du seuil clinique. Pour répondre aux objectifs de l'étude, seules les dimensions *dépression*, incluant six items (symptômes d'humeur et d'affect dysphoriques ainsi qu'un manque de motivation et une perte d'intérêt dans la vie) et *anxiété*, comprenant six items (nervosité et tension, ainsi que des attaques de panique et des sentiments de terreur) ont été retenues.

Le BSI a été choisi car il a été conçu pour être utilisé auprès de populations non cliniques. Son utilisation est donc appropriée pour des échantillons adultes normatifs en permettant d'établir des niveaux de sévérité de la symptomatologie présentée. Les items évaluent distinctement les symptômes d'anxiété et de dépression, ce qui est un avantage comparativement à d'autres échelles qui recouvrent des symptômes pouvant appartenir aussi bien à la lignée anxieuse que dépressive. De plus, quelques minutes suffisent pour le compléter.

Les propriétés psychométriques du BSI sont bien établies. Les corrélations entre le BSI et le SCL-90-R sont élevées se situant entre 0,92 et 0,99 (Derogatis, 1993). Des niveaux élevés de cohérence interne ( $\alpha = 0,89$ ) ont été rapportés pour la sous-échelle dépression (Boulet & Boss, 1991). Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est satisfaisant ( $\alpha = 0,87$  pour la dimension dépression et  $\alpha = 0,84$  pour la dimension anxiété). Cet instrument montre aussi une bonne validité convergente, les corrélations entre les sous-échelles dépression et anxiété du BSI et du *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS; Lovibond & Lovibond, 1993) ont été estimées à  $r = 0,71$  et  $0,61$  respectivement (Mitchell, 2008). La sous-échelle dépression du BSI a démontré des indices de sensibilité et de spécificité semblables à l'Inventaire de Dépression de Beck (BDI-II; Stukenberg et al., 1990). Sa validité discriminante est généralement bonne en population normative ou clinique (Johnson et al., 2008).

### Stress vécu par la mère

L'Index de Stress Parental-Bref (ISP-B), version francophone du *Parental Stress Index, Short Form* (PSI-SF; Abidin, 1990a) constitue la version abrégée du *Parental Stress Index* (PSI; Abidin, 1986). La version francophone a été traduite et validée auprès de parents d'enfants d'âge préscolaire d'origine québécoise (Lacharité et al., 1992). Il s'agit d'un questionnaire auto-administré qui vise à évaluer le niveau de stress ressenti par le parent dans son rôle parental.

Le PSI-SF a été développé à partir d'une série d'analyses factorielles de la version longue du PSI (Solis & Abidin, 1991). Il comporte 36 items répartis en trois sous-échelles



comprenant chacune douze items : la première (1) identifie le facteur « détresse parentale » (détresse ressentie par le parent dans l'exercice de son rôle parental), la seconde (2), le facteur « interaction parent-enfant dysfonctionnelle » (satisfaction du parent dans ses interactions avec son enfant et réponse de l'enfant aux attentes de son parent) et la troisième (3), le facteur « enfant difficile » (degré de détresse du parent lorsqu'il est confronté aux difficultés de comportement de l'enfant). Une échelle de score total combine les trois sous-échelles.

La codification se fait selon une échelle de type Likert en 5 points, allant de (1) profondément d'accord à (5) en profond désaccord. Le score de stress total ressenti est obtenu en additionnant les résultats aux trois sous-échelles. Un score  $\geq 90$  indique un niveau élevé de stress parental sur l'échelle globale. Un seuil clinique de stress parental est atteint pour un score  $\geq 36$  sur les sous-échelles « détresse parentale » et « enfant difficile » et pour un score  $\geq 27$  sur la sous-échelle « interactions dysfonctionnelles ».

Cet instrument présente des indices de stabilité variant de 0,63 à 0,96 sur une période d'un an (Abidin, 1997). Des niveaux élevés de consistance interne sont rapportés pour chacun des facteurs mesurés, allant de 0,80 à 0,91 (Abidin, 1990b). Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est satisfaisant ( $\alpha = 0,89$  pour l'échelle score total; 0,83 pour la sous-échelle « détresse parentale »; 0,87 pour la sous-échelle « enfant difficile » et 0,65 pour celle des « interactions dysfonctionnelles »).

Le PSI-SF a été utilisé auprès de diverses populations cliniques et normatives. Sa fiabilité a été démontrée auprès de populations de parents d'enfants d'âge préscolaire (Díaz-Herrero et al., 2013; Haskett et al., 2006; Whiteside-Mansell et al., 2007). Enfin, la version abrégée du PSI est hautement corrélée ( $r = 0,94$ ) avec la version longue du PSI (Hutcheson & Black, 1996; Reitman et al., 2002).

### Qualité de la relation d'attachement de l'enfant à l'égard de sa mère

Deux procédures ont été utilisées en fonction de l'âge de l'enfant de manière à se conformer aux enjeux développementaux. Le recours à deux procédures à l'intérieur d'un

même devis de recherche est fréquent dans les études sur l'attachement (P. ex., Moss et al., 2011).

La procédure de la Situation Étrangère (Ainsworth et al., 1978) a été administrée aux enfants de 24 mois et moins. Il s'agit d'une procédure observationnelle standardisée qui consiste en huit épisodes de trois minutes chacun alternant les séparations et réunions entre l'enfant et sa figure d'attachement : (1) introduction à la tâche (2) la mère et l'enfant sont dans la pièce (3) arrivée d'une étrangère (4) la mère quitte la pièce et l'enfant reste avec l'étrangère (5) la mère revient et l'étrangère quitte (6) la mère quitte et l'enfant reste seul (7) l'étrangère revient auprès de l'enfant (8) la mère revient et l'étrangère quitte.

La procédure de Séparation-Réunion a été utilisée (PACS; Cassidy & Marvin, 1992) pour les enfants de 25 à 71 mois. Cette procédure est identique à la Situation Étrangère hormis la présence de l'étrangère qui n'est pas requise lors de la deuxième réunion (la mère revient après que l'enfant soit resté seul) et la durée de chaque épisode de séparation-réunion qui est de cinq minutes.

Les deux procédures sont filmées et les comportements des enfants (proximité physique, expression des émotions, qualité des échanges) principalement lors des épisodes de réunion avec la mère sont classés à l'intérieur de quatre groupes principaux de type d'attachement: (B) sécurisant ; (A) insécurisant-évitant ; (C) insécurisant-ambivalent/résistant et (D) insécurisant-désorganisé/contrôlant.

L'enfant avec un attachement sécurisant a des interactions détendues et agréables avec son parent. Il utilise ce dernier comme base sécurisante pour explorer son environnement et s'en rapproche en cas de stress. Lorsque son système d'attachement est activé, il est capable de signaler clairement sa détresse à son parent et il est rapidement apaisé par celui-ci. L'attachement évitant se distingue par la tendance de l'enfant à éviter activement les interactions et les échanges avec son parent en instaurant une distance physique et affective avec ce dernier. L'enfant dont l'attachement est ambivalent/résistant démontre soit des comportements conflictuels de résistance et d'opposition avec colère et excès d'agitation, soit une immaturité excessive se traduisant par des comportements de passivité. Les interactions parent-enfant semblent souvent nuire à l'exploration de l'enfant au lieu de la faciliter. L'enfant dont l'attachement est désorganisé manifeste des

comportements contradictoires ou inexplicables en présence de son parent. À l'âge préscolaire, certains enfants peuvent aussi être classés insécurisant/contrôlant s'ils tentent de contrôler leur parent d'une façon punitive ou attentionnée. D'autres enfants présentent des comportements associés à plus d'un patron d'attachement d'un épisode de réunion à l'autre. Ces deux dernières manifestations comportementales sont des sous-types de l'attachement désorganisé.

Moss, Lecompte et Bureau (2015) ont récemment créé des sous-échelles correspondant à chacun des patrons d'attachement de manière à faciliter la codification et à considérer les manifestations comportementales des enfants sur un continuum. Quatre échelles continues de type Likert en 7 points pour chacun des patrons d'attachement (sécurisant, évitant, ambivalent et désorganisé/contrôlant) sont donc évaluées où un score de 7 témoigne de comportements très représentatifs de l'échelle et un score supérieur ou égal à 5 est indicatif de manifestations suffisamment importantes pour correspondre au patron d'attachement principal de l'enfant (Moss et al., 2015). Dans la présente étude, étant donné la faible taille de l'échantillon, les analyses seront réalisées sur les scores continus d'attachement.

La codification des catégories et des échelles d'attachement a été réalisée par un codeur expert n'ayant pas eu connaissance des autres mesures. Un second codeur a également codé 20% de l'échantillon afin d'obtenir un accord interjuge, lequel s'est avéré satisfaisant (84% d'accord sur les groupes d'attachement; CIC entre 0,81 et 0,92 pour les échelles). Les désaccords ont été résolus par consensus.

Le système de codification de l'attachement à partir de la Situation Étrangère et de la procédure de Séparation-Réunion démontre une excellente validité prédictive (Bar-Haim et al., 2000; Cohn, 1990; Dubois-Comtois et al, 2011; Elicker et al., 1992; Main et al, 1985; Moss et al., 2004a) et a souvent été utilisé auprès de populations à risque élevé et cliniques (Dozier et al., 2001; Lyons-Ruth et al., 1984; Moss et al., 2004b, 2011; Schneider-Rosen et al., 1985; Solomon & George, 2008; Speltz et al. ,1999). La validité des échelles continues d'attachement a également été démontrée par des corrélations élevées avec les groupes d'attachement catégoriels (Moss et al., 2015).

### Comportements de désinhibition du contact social (CDCS)

Les CDCS ont été évalués au moyen de l'échelle *Rating of Infant-Stranger Engagement* (RISE; Riley et al., 2005). Il s'agit d'une mesure observationnelle permettant d'évaluer l'engagement affectif de l'enfant envers l'étrangère, comparativement à celui qu'il manifeste envers sa mère, durant chacun des épisodes de la Situation Étrangère ou de la procédure de Séparation-Réunion où l'étrangère est présente.

La codification se fait selon une échelle de type Likert, allant de 1 à 9. Un score de (1) indique une préférence marquée pour la mère, (5) un engagement équivalent entre la mère et l'étrangère et (9) une préférence marquée pour l'étrangère. Un score supérieur ou égal à (5) indique la présence de CDCS. La codification a été réalisée par l'auteure de ce mémoire qui était naïve des critères de codification pour les comportements d'attachement et a été entraînée par Dre Karine Dubois-Comtois à partir de vidéos provenant d'un échantillon indépendant. L'accord inter juge avec un second codeur réalisé sur 20% des vidéos du présent échantillon est excellent (CIC = 0,98).

Cette échelle a été utilisée jusqu'à présent dans trois autres études. La fidélité inter juge est très bonne, avec un coefficient intra classe  $r$  entre 0,72 et 0,93 selon les études (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009; Oliveira et al., 2012). La stabilité temporelle à six mois a été jugée satisfaisante (Lyons-Ruth et al., 2009). Dans une étude comparative avec la sous-échelle type-désinhibition de l'auto-questionnaire *Disturbance of Attachment Interview* (DAI ; Smyke & Zeanah, 1999), Oliveira et al., (2012) ont montré que l'échelle RISE avait une validité convergente adéquate ( $r = 0,36, p < 0,01$ ).

## 2.4 Plan des analyses statistiques

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, version 23). Le niveau alpha a été fixé à  $p < 0,05$ .

Après avoir réalisé des analyses préliminaires pour vérifier la normalité des distributions des variables de l'étude et évaluer la présence de variables confondantes, des analyses principales ont été réalisées pour répondre aux questions de recherche.

Pour répondre à la première question de recherche, des corrélations partielles (Pearson) ont été réalisées entre les scores des échelles d'attachement et ceux de l'échelle RISE en contrôlant l'effet des covariables afin de vérifier s'il existait une association entre ces mesures.

Pour répondre aux deuxième et troisième questions de recherche, des corrélations partielles (Pearson), en contrôlant l'effet des covariables, ont été effectuées entre chacune des variables indépendantes continues (scores des sous-échelles du BSI; scores des sous-échelles et score total du PSI-SF) et des variables dépendantes (scores des échelles d'attachement d'une part et de l'échelle RISE d'autre part) afin de vérifier leur potentielle association.

Lorsque des corrélations significatives ( $p < 0,05$ ) ou marginalement significatives ( $p < 0,10$ ) ont été observées, les diagrammes de dispersion ont été rapportés.

# Chapitre 3 : Résultats

## 3.1 Analyses préliminaires

Les données de l'échantillon ont d'abord été examinées dans le but de vérifier la présence de cas extrêmes. Aucune donnée aberrante n'a été détectée.

Des analyses descriptives univariées avec calcul des moyennes, écarts-types et fréquences pour les variables indépendantes (sous-échelles anxiété et dépression du BSI, score total et sous-échelles du PSI-SF) et les variables dépendantes (échelles d'attachement et échelle RISE) ont été effectuées afin de situer l'échantillon de l'étude. Les résultats sont rapportés dans les tableaux I et II (p.60 et p.61).

Une proportion importante des mères se décrivent comme dépressives ou anxieuses puisqu'un tiers ou près d'un tiers d'entre elles ont des scores atteignant un seuil de sévérité clinique de dépression (33%,  $n = 10$ ) ou d'anxiété (31%,  $n = 9$ ) sur les sous-échelles du BSI. La majorité des mères vivent du stress dans leur rôle de parent puisque plus de la moitié d'entre elles (59%,  $n = 17$ ) rapportent des niveaux élevés de stress parental au score total du PSI-SF. La plupart d'entre elles (62%,  $n = 18$ ) attribuent leur vécu de stress aux difficultés de leur enfant et environ un cinquième (21%,  $n = 6$ ) à leurs propres difficultés en tant que parent.

Plus des deux tiers des enfants présentent des comportements d'attachement de type sécurisant (69%,  $n = 20$ ). Parmi les enfants présentant un attachement insécurisant-organisé, 14% ( $n = 4$ ) ont un attachement ambivalent et 10 % ( $n = 3$ ) un attachement évitant. Il est observé un attachement désorganisé/contrôlant chez 7 % ( $n = 2$ ) des enfants.

Les CDCS sont présents chez 14% ( $n = 4$ ) des enfants de l'échantillon, c'est-à-dire chez ceux pour lesquels un score  $\geq 5$  a été obtenu sur l'échelle RISE.

Afin de satisfaire aux critères de normalité de distribution, seuls les résultats des scores de l'échelle d'attachement désorganisé/contrôlant ont dû subir une transformation logarithmique (Log10).

Des analyses ont ensuite été conduites afin de vérifier si les variables dépendantes (soit les comportements d'attachement et les CDCS) variaient en fonction des caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques de l'échantillon (l'âge et le sexe des enfants, l'âge des mères, le niveau d'éducation et le statut marital des mères et le revenu familial). Des tests-t pour échantillons indépendants ont montré que le sexe des enfants n'est pas associé aux scores des échelles d'attachement ni à ceux de l'échelle RISE,  $t(27)$  entre - 0,73 et 0,89, *ns* et  $t(27) = - 1,39$ , *ns*, respectivement. Les corrélations bivariées (Pearson) révèlent que l'âge des enfants n'est pas significativement lié aux mesures des échelles d'attachement et de l'échelle RISE ( $r$  entre 0,07 et 0,25, *ns* et  $r = 0,20$ , *ns*, respectivement). De même, aucune corrélation significative n'est observée entre l'âge des mères et les moyennes des scores de chacune des échelles d'attachement ( $r$  entre - 0,24 et 0,13, *ns*) d'une part et celles de l'échelle RISE d'autre part ( $r = 0,06$ , *ns*).

Le niveau de scolarité des mères n'est pas associé aux mesures des échelles d'attachement et de l'échelle RISE ( $r$  entre - 0,22 et 0,16, *ns* et  $r = - 0,20$ , *ns*, respectivement). Des tests-t pour échantillons indépendants ont montré que le statut de monoparentalité n'est pas associé aux scores des échelles d'attachement ni à ceux de l'échelle RISE,  $t(27)$  entre -1,24 et 0,8, *ns* et  $t(27) = 0,49$ , *ns*, respectivement. La variable revenu familial a par contre été retrouvée marginalement associée à l'échelle d'attachement évitant ( $r = 0,357$ ,  $p = 0,057$ ).

De même, des analyses ont ensuite été réalisées afin de vérifier si les variables indépendantes (dépression, anxiété maternelle et stress parental) variaient en fonction des caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques de l'échantillon. Des corrélations bivariées (Pearson) révèlent que l'âge des enfants et l'âge de la mère sont significativement liés au score global du PSI-SF ( $r = 0,53$ ,  $p \leq 0,01$  et  $r = 0,49$ ,  $p \leq 0,01$  respectivement). Aucune autre corrélation significative n'est retrouvée.

Ainsi, dans un souci d'uniformité, les variables âge de l'enfant, âge de la mère et revenu familial ont été introduites comme covariables dans l'ensemble des analyses subséquentes.



Tableau I.

Informations descriptives sur les variables relatives à la dépression et à l'anxiété maternelles ainsi qu'au stress parental vécu par la mère

	Scores cliniques		Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
	N	Fréquence (%)				
Symptomatologie dépressive (BSI) <sup>a</sup>	10	33	56,17	10,31	44,00	80,00
Symptomatologie anxieuse (BSI) <sup>a</sup>	9	31	54,06	13,33	41,00	80,00
Stress parental vécu par la mère (PSI-SF) :						
Score total <sup>b</sup>	17	59	92,25	18,47	59,00	126,00
Détresse parentale <sup>c</sup>	6	21	28,1	8,12	12,00	42,00
Enfant difficile <sup>c</sup>	18	62	39,39	9,48	19,00	56,00
Interactions dysfonctionnelles <sup>d</sup>	10	34	24,67	6,55	15,00	38,90

*Note.* BSI : Inventaire Bref des Symptômes ; PSI-SF : Indice de Stress Parental-Bref. Les données descriptives sont calculées à partir des scores T pour les sous-échelles du BSI et des scores bruts pour les sous-échelles du PSI-SF. <sup>a</sup> Seuil clinique  $\geq 63$ .

<sup>b</sup> Seuil clinique  $\geq 90$ . <sup>c</sup> Seuil clinique  $\geq 36$ . <sup>d</sup> Seuil clinique  $\geq 27$ .

Tableau II.

Distribution des échelles d'attachement et des CDCS

	N	Fréquence (%)	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Attachement						
Sécurisant (B)	20	69	5,25	1,19	2,5	7,5
Évitant (A)	3	10	2,17	1,65	1	5
Ambivalent (C)	4	14	2,32	1,94	1	7
Désorganisé/contrôlant	2	7	0,37	0,14	1	5
CDCS <sup>a</sup>	4	14	3,34	1,20	1	6

*Note.* Pour l'attachement, la fréquence est établie sur la base de la classification catégorielle alors que les moyennes et écarts-types sont établis sur la base des échelles continues (étendue 1-7). <sup>a</sup> La fréquence est obtenue à partir des scores  $\geq 5$ .

## **3.2 Analyses principales**

### **3.2.1 Première question de recherche: lien entre les comportements d'attachement mère-enfant et la présence de CDCS chez l'enfant**

Pour répondre au premier objectif de l'étude, des corrélations partielles (Pearson), en tenant compte des covariables âge de l'enfant, âge de la mère et revenu familial, ont été conduites entre les scores moyens des différentes échelles d'attachement et les scores moyens de l'échelle RISE. Les résultats des analyses sont présentés dans le tableau III (p.65) et les diagrammes de dispersion sont rapportés sur la figure 1 (p.66).

Ces analyses montrent que les CDCS sont inversement corrélés à l'attachement de type sécurisant, avec une taille d'effet modérée. Donc, dans l'échantillon considéré, plus les enfants montrent des CDCS, moins ils ont un attachement de type sécurisant.

Une corrélation positive significative apparaît entre les CDCS et l'attachement désorganisé/contrôlant avec une taille d'effet modérée. Ainsi, plus les enfants présentent des CDCS, plus ils ont des comportements d'attachement insécurisant de type désorganisé/contrôlant.

### **3.2.2 Deuxième question de recherche: lien entre les variables psychologiques maternelles et les comportements d'attachement de l'enfant**

Des corrélations partielles (Pearson), en tenant compte des covariables âge de l'enfant, âge de la mère et revenu familial, ont été réalisées afin de tester l'association entre, d'une part, la dépression et l'anxiété maternelle et, d'autre part, les comportements d'attachement mère-enfant. Ces résultats sont présentés dans le tableau III (p.65) et les diagrammes de dispersion sont rapportés sur la figure 1 (p.66 et p.67).

La symptomatologie anxieuse maternelle telle qu'auto-rapportée à partir du BSI, est fortement corrélée à l'attachement évitant (33% de la variance expliquée). Ainsi, plus la mère rapporte des symptômes d'anxiété pour elle-même, plus il est observé des comportements d'attachement insécurisant de type évitant chez son enfant.

La symptomatologie dépressive maternelle est marginalement corrélée à l'attachement évitant, avec une taille d'effet modérée.

Pour ce qui est de la relation entre le stress parental et les comportements d'attachement de l'enfant, l'échelle score total du PSI-SF est marginalement corrélée avec l'échelle d'attachement ambivalent (taille d'effet modérée). La sous-échelle « détresse parentale » est corrélée positivement à l'échelle d'attachement désorganisé/contrôlant (taille d'effet modérée à élevée) et corrélée négativement de façon marginale à l'attachement sécurisant (taille d'effet modérée). La sous-échelle « enfant difficile » est marginalement corrélée à l'attachement ambivalent (taille d'effet modérée).

### **3.2.3 Troisième question de recherche: lien entre les variables psychologiques maternelles et la présence de CDCS chez l'enfant**

Les résultats des analyses de corrélations partielles, présentées dans le tableau III (p.65), ne mettent en évidence aucune association significative entre les scores des sous-échelles anxiété et dépression maternelles du BSI et ceux de l'échelle RISE.

De même, l'analyse des résultats ne permet d'obtenir aucune association significative entre le stress parental vécu par la mère et les CDCS.

Tableau III.

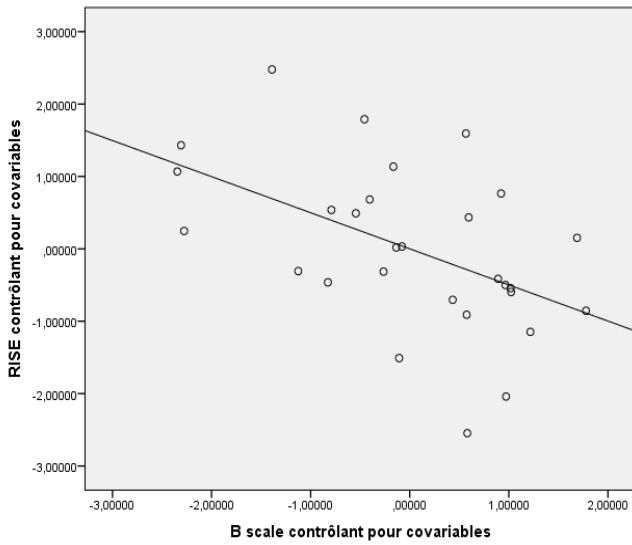
Matrice de corrélations partielles entre BSI, PSI-SF, échelles  
d'attachement et CDCS, en contrôlant pour l'âge de l'enfant, l'âge de la mère et le revenu familial

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Sécurisant (B)	-									
2. Évitant (A)	-0,180	-								
3. Ambivalent (C)	-0,672***	-0,496*	-							
4. Désorganisé/contrôlant	-0,689***	-0,046	0,474*	-						
5. CDCS	-0,498**	0,023	0,294	0,524**	-					
6. Dépression	-0,139	0,349†	-0,024	0,074	0,212	-				
7. Anxiété	-0,093	0,549*	-0,217	0,143	-0,016	0,583*	-			
8. Stress (total)	-0,263	0,127	0,348†	0,206	0,013	0,166	0,260	-		
9. Enfant difficile	-0,272	0,035	0,350†	0,132	0,106	-0,118	-0,049	0,759***	-	
10. Détresse parent	-0,334†	0,164	0,254	0,501**	0,039	0,343†	0,429*	0,720***	0,323	-
11. Interactions dysfonctionnelles	0,120	0,084	0,055	-0,239	-0,159	0,093	0,220	0,538**	0,061	0,178

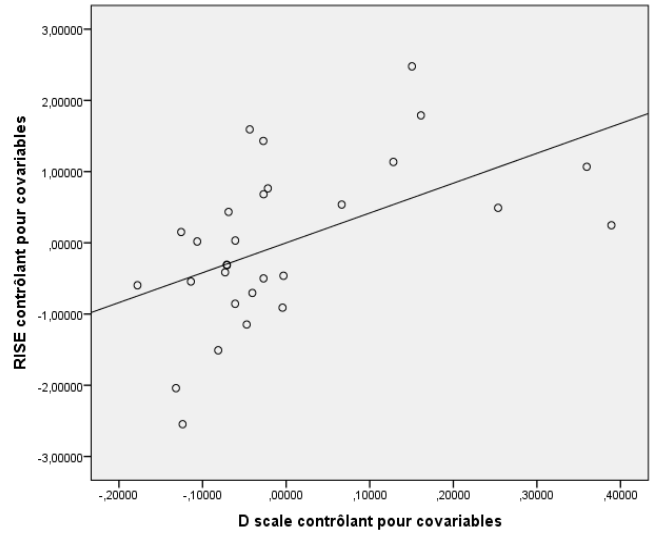
Note : †  $p < 0,10$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

Figure 1. Diagrammes de dispersion

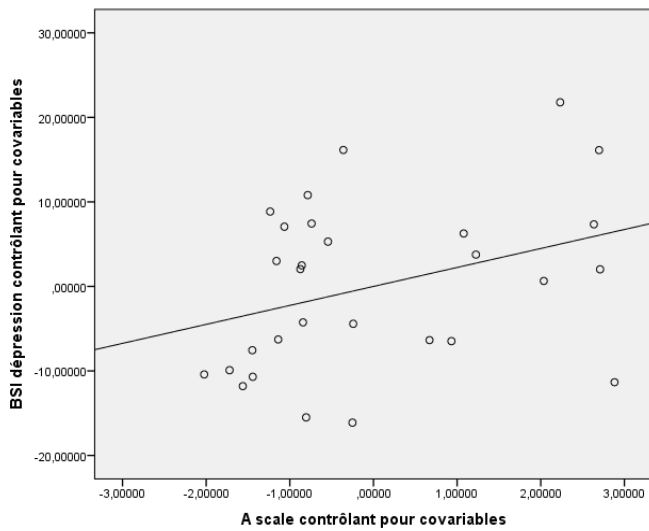
a) CDCS et attachement sécurisant



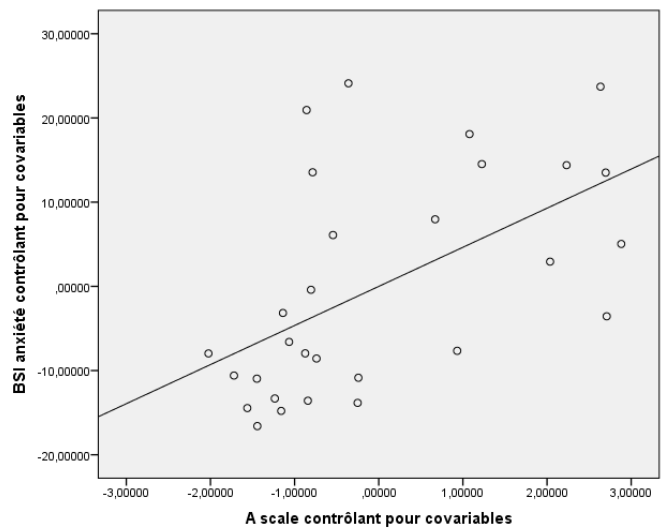
b) CDCS et attachement désorganisé/contrôlant



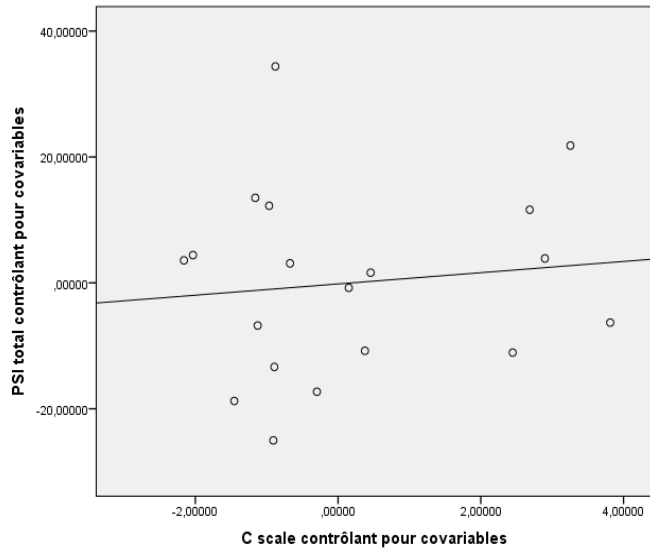
c) Dépression maternelle et attachement évitant



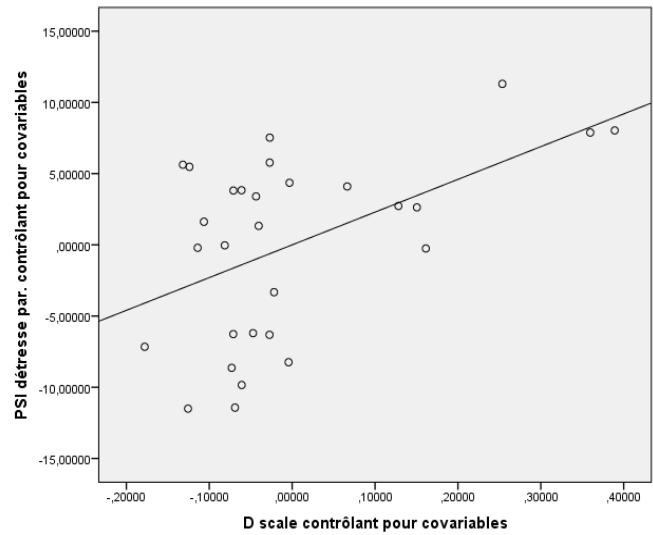
d) Anxiété maternelle et attachement évitant



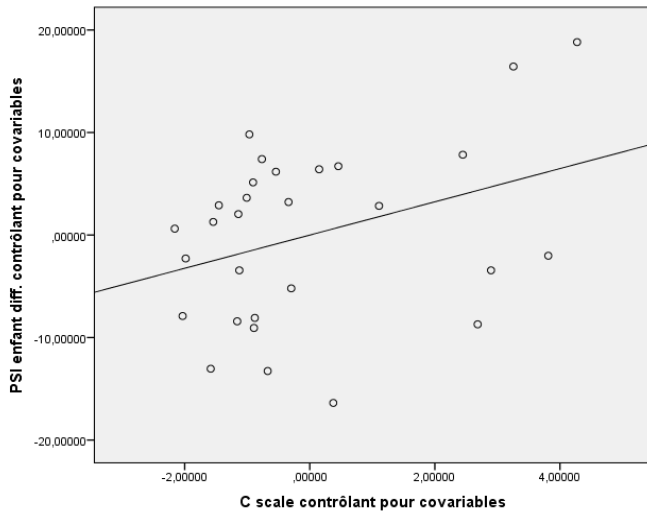
e) Stress parental (score total) et attachement ambivalent



f) Sous-échelle « détresse parentale » et attachement désorganisé/contrôlant



g) Sous-échelle « enfant difficile » et attachement ambivalent





## Chapitre 4 : Discussion

Ce mémoire avait pour objectif premier de vérifier l'existence d'un lien significatif entre les comportements d'attachement mère-enfant et les CDCS chez des enfants âgés entre 22 et 71 mois consultant en pédopsychiatrie. Le second objectif consistait à tester si des variables relatives au fonctionnement psychologique maternel étaient associées à, d'une part, la qualité de la relation d'attachement mère-enfant et, d'autre part, la présence de CDCS chez l'enfant.

Cette étude a l'avantage d'apporter une contribution scientifique à la recherche portant sur l'attachement puisqu'elle s'intéresse à une tranche d'âge et à une population d'enfants peu représentées en recherche dans ce domaine. Elle est la première à s'intéresser à examiner l'association entre les comportements d'attachement et les CDCS auprès d'enfants d'âge préscolaire vivant chez leur(s) parent(s) biologique(s). C'est aussi la première étude à tester, en milieu pédopsychiatrique, le lien entre des caractéristiques psychologiques maternelles telles que la dépression, l'anxiété et le stress parental d'une part et les comportements d'attachement d'autre part et à examiner le lien entre l'anxiété maternelle et les CDCS. De plus, les caractéristiques psychologiques maternelles incluses dans le devis de recherche n'ont été jusqu'à présent que très rarement examinées en association avec les CDCS.

Les résultats de l'étude seront discutés en fonction de chacune des hypothèses testées dans les sections suivantes. Les contributions, les forces et les limites de l'étude seront ensuite abordées. Enfin, des propositions pour des recherches futures seront exposées ainsi que les implications cliniques de l'étude.

## **4.1 Lien entre les comportements d'attachement mère-enfant et la présence de CDCS chez l'enfant**

La première hypothèse qui prédisait un lien entre l'attachement insécurisant (organisé ou non) et les CDCS a été confirmée. En effet, plus les scores de CDCS sont élevés chez les enfants, plus leurs comportements d'attachement sont désorganisés ou contrôlants et moins ils montrent des comportements d'attachement sécurisant. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude de Lyons-Ruth et al. (2009) qui avaient observé une corrélation positive entre l'attachement désorganisé et les CDCS chez des enfants âgés de 18 mois. Lalande et al. (2012) avaient mis en évidence un lien entre l'attachement insécurisant-organisé mais pas avec l'attachement insécurisant-désorganisé chez des enfants dont l'âge moyen était de 15 mois. Toutefois dans leur étude, les enfants pour lesquels le score de CDCS atteignait un seuil supérieur ou égal à 5 sur l'échelle RISE (seuil qui pourrait être qualifié de clinique) étaient plus nombreux à présenter un attachement désorganisé que ceux dont le score était inférieur à 5.

Le fait d'avoir observé une association entre l'attachement insécurisant et les CDCS chez des enfants d'âge préscolaire vivant avec leur(s) parent(s) biologique(s), comme cela avait été montré dans deux études précédentes chez des enfants de 18 mois et moins (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009), appuie l'hypothèse que les CDCS pourraient avoir un lien avec l'attachement développemental, du moins auprès de cette population d'enfants, et que ce lien perdurerait au-delà des deux premières années de vie.

Les résultats de cette étude vont donc dans le sens que les CDCS pourraient correspondre à un symptôme relatif à des difficultés d'attachement avec la figure de soins principale (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth, 2015). Comme l'avait suggéré Lyons-Ruth (2015), il est possible que la sélectivité du lien d'attachement se mette en place en même temps que se développe la qualité du lien d'attachement de l'enfant envers son parent au cours de la petite enfance. Bowlby (1969/1982) avait lui-même introduit le terme de sélectivité dans la formation de la relation d'attachement. Ce concept inclut à la fois la recherche de réconfort auprès d'une figure de soins préférentielle par l'enfant et une réaction de profonde détresse de sa part en cas de perte de cette

relation privilégiée. Il est à distinguer du concept de qualité du lien d'attachement, élaboré d'un point de vue théorique et empirique par Ainsworth et al. (1978) suite aux travaux de Bowlby. À partir de l'observation des comportements de l'enfant à l'endroit de sa figure de soins privilégiée au cours de la Situation Etrangère, Ainsworth et al. (1978) ont permis d'identifier différents patrons d'attachement chez l'enfant. Ceux-ci reflètent la qualité du lien d'attachement de l'enfant à sa figure de soins principale, un lien sélectif à l'égard de cette dernière étant déjà présumé.

Selon les principes de la psychopathologie développementale, l'état actuel du fonctionnement de l'individu résulte de mécanismes d'adaptation antérieurs ayant contribué à orienter sa trajectoire développementale (Sroufe, 1988). Cette approche a largement inspiré les chercheurs en attachement. Aussi, les patrons d'attachement ont-ils été conceptualisés comme des stratégies d'adaptation de l'enfant aux expériences relationnelles vécues durant la première année de sa vie (Main, 1998). Ils témoignent ainsi de la qualité du lien d'attachement formé par l'enfant avec sa figure de soins. Selon cette même perspective, les CDCS pourraient être considérés comme des comportements adaptatifs, résultant d'une prédisposition entravée à former des liens d'attachement sélectifs. L'enfant manifesterait des CDCS, soit parce qu'il n'a pu rencontrer dans son environnement une figure de soins suffisamment disponible pour s'occuper de lui, soit en raison d'un manque d'aptitude psychologique de la part de sa figure d'attachement à s'ajuster à ses besoins.

La valeur adaptative de ces comportements atypiques avait déjà été proposée par Chisholm (1998) à propos d'enfants vivant en milieu institutionnel : s'il se présente de façon amicale, l'enfant va davantage attirer la sympathie des personnes qui prennent soin de lui et sera susceptible de se faire adopter plus rapidement que s'il manifeste des attitudes peu engageantes sur le plan social. Étant donné l'importance pour la survie de former des liens d'attachement, l'enfant rechercherait des interactions « à tout prix », en raison justement de l'absence de continuité dans les soins qu'il reçoit (Minnis et al. 2006). De fait, quel que soit le milieu dans lequel il évolue, l'enfant cherche à s'adapter à son environnement et les travaux empiriques ont confirmé le rôle fondamental de l'environnement partagé sur le développement des liens d'attachement (Fearon & Belsky, 2016). Plusieurs études ont souligné le rôle de la qualité des soins dans le développement des CDCS chez les enfants vivant avec leurs parents biologiques ou adoptifs (Lalande et al., 2012; Love et al., 2015; Lyons-Ruth et al., 2009). En particulier, des

comportements de désengagement et de désorientation maternels ont été identifiés comme précurseurs des CDCS chez des enfants vivant avec leur mère biologique (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009). Lalande et al. (2012) proposent que les comportements de désengagement maternel amènent l'enfant à nier ses propres émotions, l'empêchant ainsi de pouvoir identifier ses besoins de réconfort en situation de détresse, puisque ceux-ci ne sont pas reconnus par la mère. Étant lui-même en difficulté pour accéder à son monde intérieur, l'enfant pourrait alors ne pas percevoir l'inconfort que suscite habituellement la présence d'un adulte non familial. Il pourrait même en venir à rechercher son contact et son réconfort pour combler son besoin inassouvi de reconnaissance de la part de sa figure d'attachement (Lalande et al., 2012).

Plusieurs études ont montré que des comportements maternels suscitant l'effroi ou la peur chez l'enfant sont associés à des comportements d'attachement désorganisés chez celui-ci (Abrams et al., 2006; Jacobvitz et al., 2006; Lyons-Ruth et al., 1997, 1999; Schuengel et al., 1999). Il est possible que l'enfant, face à des attitudes maternelles imprévisibles et effrayantes, puisse aussi avoir tendance à se tourner vers d'autres adultes pour chercher à se rassurer en cas de détresse. Les comportements d'attachement désorganisé/contrôlant et les CDCS pourraient ainsi être sous-tendus par les mêmes mécanismes adaptatifs. Il serait nécessaire de mener d'autres études chez des enfants vivant auprès de leur(s) parent(s) biologique(s) et d'inclure le rôle médiateur de la qualité des soins pour vérifier cette hypothèse.

En contradiction avec nos résultats et ceux des études menées chez des enfants vivant avec leur mère biologique (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009), la plupart des études réalisées auprès d'enfants ayant vécu en milieu institutionnel n'ont pas montré de lien significatif entre les comportements d'attachement et les CDCS. Comme le suggèrent Bakermans-Kranenburg et al. (2011), il est possible que les CDCS puissent répondre à des mécanismes de formation différents selon que l'enfant ait vécu auprès de sa mère biologique ou ait subi de multiples changements de figure de soins, comme on peut le voir chez ceux ayant vécu en milieu institutionnel. Toutefois, la diversité des instruments utilisés par les différentes équipes de chercheurs (la plupart ayant eu recours à des questionnaires auto rapportés) pour évaluer les CDCS pourrait en partie expliquer la disparité des résultats obtenus dans les études antérieures menées auprès d'enfants placés en institution, en famille d'accueil ou d'adoption. Il est aussi important de rappeler que la seule étude longitudinale réalisée en milieu institutionnel,

qui avait montré que l'attachement désorganisé était prédictif de la présence de CDCS chez l'enfant à 54 mois, avait évalué les CDCS à partir d'une mesure observationnelle (Gleason et al., 2014). Les indices d'effet avec l'attachement étant plus élevés avec les mesures observationnelles qu'avec les questionnaires d'autoévaluation (Bakermans-Kranenburg et al., 2011), il serait dès lors intéressant de tester l'association entre les comportements d'attachement et les CDCS chez des enfants ayant vécu en institution par méthode observationnelle.

Par ailleurs, les caractéristiques de l'attachement sécurisant chez l'enfant présentant des CDSC sont-elles qualitativement les mêmes que celles rencontrées chez les enfants n'ayant pas recours à ces comportements atypiques? Il semble que ce ne soit pas le cas et ce pour la raison suivante. Il est notable de constater que ces enfants, capables d'engager facilement des liens avec des étrangers, sont généralement perçus comme sympathiques au départ et cette capacité peut être interprétée comme une qualité personnelle liée à un trait de caractère. Toutefois, l'aspect superficiel de la relation apparaît rapidement évident. Aussi, l'enfant qui manifeste des CDCS manque d'engagement profond dans la relation et peine à établir des liens réciproques reposant sur des échanges affectifs de qualité. Comme le soulignent O'Connor et al., (1999), « ce comportement n'est ni totalement amical ni vraiment sociable, de fait, les relations avec ces enfants sont plutôt superficielles et impersonnelles et rarement réciproques ». De même, il est possible que les comportements d'attachement d'enfants présentant des CDCS, tels qu'observés au cours de la Situation Étrangère ou de la procédure de Séparation-Réunion, puissent paraître de type sécurisant seulement en apparence (*secure-appearing*; Lyons-Ruth, 2015) du fait de leur manque d'aptitude à établir des relations basées sur des échanges confiants et mutuels. Ces enfants pourraient avoir de la difficulté à intérioriser la relation d'attachement en modèles internes opérants (MIO) avec pour conséquence une représentation de soi et des autres mal définie, ce qui pourrait entraver leur façon de se comporter et de comprendre les comportements d'autrui.

Le fait que peu d'enfants de notre échantillon présentaient des comportements d'attachement de type insécurisant (organisés ou désorganisés/contrôlants) ou des CDCS incite à la prudence quant à l'interprétation de ces résultats. Contrairement aux études antérieures ayant examiné les comportements d'attachement d'enfants consultant en pédopsychiatrie, la

majorité des enfants inclus dans la présente étude présentaient des comportements d'attachement sécurisant (69%,  $n = 20$ ) à un taux similaire à celui constaté habituellement en population générale. Une des explications possibles de ce résultat inattendu se situe au niveau du recrutement de l'échantillon. Il est en effet probable que la majorité des familles ayant collaboré au projet de recherche étaient celles qui présentaient le moins de difficultés. Ceci a pu être vérifié aussi bien sur le plan du statut socio-économique (échantillon considéré à faible risque) que sur le plan de la maltraitance puisque seulement deux participants (7%) présentaient un diagnostic de TRA, donc avaient été soumis à des facteurs de maltraitance ou de négligence, n'ayant toutefois pas justifié le retrait de l'enfant de son milieu de vie. Des taux d'attachement insécurisant pouvant varier entre 54% et 80% avaient été rapportés dans les études précédentes réalisées en milieu pédopsychiatrique. Cependant, la plupart des échantillons de ces études étaient constitués de garçons présentant des troubles extériorisés et incluaient ceux qui vivaient en dehors de leur milieu familial en raison d'antécédents de négligence grave ou de maltraitance avérée (Greenberg et al., 1992 Speltz et al., 1990,1999). Néanmoins, l'étude québécoise de Mubarak et al. (2016), réalisée auprès de 60 enfants âgés entre 1 et 5 ans, observait un attachement insécurisant chez la majorité des participants évalués dans une clinique pédopsychiatrique de la région de Montréal (68% dont 40% de type désorganisé). Cette différence ne semble pouvoir s'expliquer ni par les caractéristiques des enfants (âge, sexe et psychopathologie présentée) ni par les caractéristiques socio-économiques des mères puisque celles-ci semblent proches de celles de notre étude (51% des mères avaient complété ou débutaient un cursus universitaire dans l'échantillon de Mubarak et al., 2016). L'étude de Gaumon et al. (2016) qui trouvait des taux similaires d'attachement insécurisant à partir du même échantillon pédopsychiatrique portant cette fois sur 49 enfants précisait que 17% des enfants de l'étude avaient été adoptés, ce qui semble insuffisant pour expliquer cette différence. Aussi, d'autres études en milieu pédopsychiatrique réalisées sur de plus larges échantillons d'enfants de ce groupe d'âge seraient nécessaires pour donner un comparatif de la distribution des groupes d'attachement dans cette population.

Le taux d'enfants présentant des CDCS dans notre étude (14%,  $n = 4$ ) est un peu plus faible que celui qui a été constaté dans deux études précédentes menées dans des milieux défavorisés sur le plan socio-économique (Lalande et al., 2012; Pears et al., 2010) où près d'un cinquième des enfants présentaient des CDCS. Il est également plus faible que celui observé par

Scheper et al. (2016) en milieu pédopsychiatrique puisque 42% des enfants de leur étude présentaient des CDCS. Toutefois, plus d'un cinquième (21%) des enfants de leur échantillon avaient été signalés pour maltraitance et le statut socio-économique des familles n'était pas précisé dans leur méthode, ce qui pourrait expliquer que la prévalence des CDCS ait été plus élevée dans leur étude que dans la nôtre. Néanmoins, leur fréquence est suffisamment importante pour considérer que les enfants recourant à des services en pédopsychiatrie sont susceptibles de présenter des CDCS. Par ailleurs, la moyenne des scores de CDCS observés dans notre échantillon est pratiquement équivalente à celle obtenue dans l'échantillon de Lalande et al., (2012) puisqu'elle se situe respectivement à 3,4 et 3,5 sur l'échelle RISE. Cependant, elle est globalement moins élevée que dans l'étude de Lyons-Ruth et al. (2009), sans doute parce que les mères de leur échantillon étaient toutes issues de milieux défavorisés et à risque de négligence élevé. Plus de participants à notre étude aurait probablement permis d'obtenir un plus grand nombre d'enfants présentant des CDCS, ce qui aurait sans doute donné l'avantage d'observer une plus grande variabilité au niveau de la distribution des scores sur l'échelle RISE.

Enfin, il est possible que le fait d'avoir mesuré les CDCS et les comportements d'attachement au cours de la même procédure ait pu faire en sorte qu'il devient plus probable de constater une association entre ces deux variables dans la mesure où la taille d'effet peut se trouver augmentée artificiellement en raison du phénomène accru de colinéarité. Toutefois, cette méthode a l'avantage de permettre d'observer le lien d'attachement de l'enfant à sa figure de soins aussi bien sur le plan sélectif que qualitatif et le recours à deux évaluateurs indépendants contribue à l'objectivité des mesures. Il pourrait alors s'avérer pertinent de valider ces observations en incluant dans le même devis de recherche plusieurs outils de mesure observationnels des CDCS, comme la procédure élaborée par Zeanah et al. (2005) où un étranger se présente à la porte et invite l'enfant à le suivre ou celle créée par Bruce et al. (2009) qui évalue les tendances de l'enfant à initier des interactions avec un adulte non familial pendant que la figure d'attachement reste assise au fond de la pièce.

## **4.2 Lien entre les variables psychologiques maternelles et les comportements d'attachement de l'enfant à sa mère**

Selon la deuxième hypothèse, des caractéristiques psychologiques maternelles, telles que la dépression, l'anxiété ou le stress parental seraient associées à l'attachement insécurisant chez l'enfant d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie. Les résultats confirment partiellement cette hypothèse.

Les analyses visant l'exploration de la distribution des scores de chacune des sous-échelles continues d'attachement en fonction de la symptomatologie dépressive maternelle ne révèlent pas de résultats significatifs. Néanmoins, une tendance est observée en ce qui concerne l'attachement évitant. Ainsi, plus la mère rapporte des symptômes dépressifs pour elle-même, plus l'enfant a tendance à présenter des comportements d'attachement insécurisant de type évitant. Un lien significatif a été observé entre l'anxiété maternelle et l'attachement évitant. Ainsi, plus la mère rapporte des symptômes anxieux pour elle-même, plus il est observé des comportements d'attachement insécurisant évitant chez l'enfant. De façon globale, le stress parental est marginalement associé à l'attachement ambivalent. La sous-échelle « détresse parentale » du PSI-SF est associée significativement à l'attachement désorganisé/contrôlant. Elle est inversement et marginalement associée à l'attachement sécurisant. La sous-échelle « enfant difficile » est marginalement associée à l'attachement ambivalent.

À l'inverse des résultats rapportés par les méta-analyses qui ont fait ressortir une association significative quoique faible entre la dépression maternelle et l'attachement insécurisant chez l'enfant (Atkinson et al., 2000; Martins & Gaffan, 2000; van IJzendoorn et al., 1999), ceux de notre étude ne révèlent pas de lien significatif entre ces deux variables. Il est possible que la petite taille de l'échantillon n'ait pas permis d'obtenir une puissance statistique suffisante pour permettre de détecter une telle association qui aurait pu être effective sur un échantillon plus large. Les caractéristiques propres à l'échantillon de l'étude pourraient également expliquer l'absence de lien significatif observé dans les résultats. En effet, les méta-analyses ont montré que le lien entre la dépression maternelle et l'attachement insécurisant chez l'enfant était d'autant plus significatif si la dépression maternelle était sévère, cliniquement



diagnostiquée, ou si elle était associée à des facteurs de risque socio-économiques. Or, l'échantillon de notre étude est considéré à faible risque sur le plan socio-économique et, même si une proportion importante des mères se décrivaient comme dépressives (33%,  $n = 10$ ), il est possible que la majorité d'entre elles présentaient des niveaux sous cliniques de dépression. En effet, l'utilisation de questionnaires de recherche auto-rapportés ne permet pas de savoir si la symptomatologie dépressive atteint les critères cliniques de dépression. Cependant, Gelfand et Teti (1990) ont montré que la volonté des mères de participer à un projet de recherche était négativement liée à la sévérité de leur dépression. De plus, les familles consultant en pédopsychiatrie ont souvent déjà eu recours pendant plusieurs semaines à des services de première ligne en santé mentale ou en services sociaux où les intervenants auraient pu être amenés à dépister la dépression chez la mère et à référer cette dernière à un centre de soins appropriés. D'ailleurs, il n'est pas rare que les mères signalent avoir déjà été traitées ou être en cours de traitement quand elles rapportent leurs antécédents psychopathologiques lors de l'évaluation pédopsychiatrique de leur enfant. Malgré tout, l'utilisation de questionnaires auto-rapportés comporte des avantages tels que le moindre coût, la rapidité d'administration et la possibilité de dépister des mères cliniquement à risque. Par ailleurs, des niveaux sous cliniques de symptomatologie dépressive maternelle peuvent également affecter les interactions entre la mère et son enfant (Hummel et al., 2016). Aussi, certaines études suggèrent que des mécanismes similaires à ceux impliqués dans la dépression majeure pourraient faire en sorte que la dépression sous clinique puisse avoir des conséquences négatives sur le développement socio-émotionnel de l'enfant, y compris des niveaux élevés de symptômes intériorisés ou extériorisés et des difficultés de régulation émotionnelle (Hummel & Kiel, 2015; West & Newman, 2003). Des études longitudinales permettraient d'explorer si le degré de sévérité de la dépression maternelle ou si d'autres caractéristiques de la dépression telles que la chronicité, la récurrence ou le moment de survenue dans le développement de l'enfant pourraient prédire la qualité de la relation d'attachement chez l'enfant d'âge préscolaire. De plus, toutes les mères dépressives ne sont pas affectées de façon similaire par la dépression. Aussi, il serait intéressant d'introduire le rôle médiateur de la qualité des soins dans les devis de recherche futurs.

Néanmoins, une tendance entre la dépression maternelle et l'attachement évitant a été mise en évidence dans notre étude. Ce résultat va le sens de la méta-analyse de Martins et Gaffan (2000) qui avait rapporté une association significative entre la dépression maternelle unipolaire

et l'attachement évitant chez des enfants de moins de trois ans. Il est possible qu'avec un échantillon plus grand ou avec des mères ayant atteint un niveau clinique de dépression, un résultat significatif aurait également pu être observé dans la présente étude. Un manque d'engagement affectif maternel, lequel caractérise le profil interactif des mères d'enfants présentant un attachement insécurisant-évitant (Main, 1981), est également observé chez des mères dépressives. Celles-ci montreraient en effet moins de disponibilité affective et émotionnelle envers leur enfant que les mères non dépressives (Emery, 2001). Il a également été rapporté que les mères d'enfants présentant un attachement insécurisant-évitant permettent moins de proximité physique, ont des attitudes moins positives et plus rejetantes envers leur enfant (Ainsworth et al., 1978; van IJzendoorn et al., 1999). De même, les mères dépressives auraient plus de conduites d'évitement de l'interaction et auraient des attitudes moins positives envers leur enfant que les mères non dépressives et ce d'autant plus que leur enfant est jeune (Emery, 2001). Aussi, l'enfant pourrait percevoir le manque de réponse émotionnelle ou comportementale comme un rejet de la part de sa mère à son égard (Carlson & Sroufe, 1995; Cummings et al., 2000). Des comportements négatifs, voire hostiles envers leur enfant sont plus souvent observés chez les mères dépressives comparativement aux mères non dépressives (Cornish et al., 2006; Lovejoy et al., 2000; Nagata et al., 2003; Rogosh et al., 2004), ce qui peut avoir pour effet de décourager l'enfant dans ses tentatives de rapprochement avec sa mère. Ses propres besoins affectifs n'étant pas suffisamment reconnus par sa mère, l'enfant apprend alors à maîtriser ses émotions, réclame peu d'interactions avec cette dernière et donne une impression d'indépendance précoce, ce qui caractérise le patron d'attachement insécurisant-évitant. Celui-ci aurait ainsi fonction d'adaptation de la part de l'enfant face à un environnement vécu comme rejetant (Hopkins, 1992). Par ailleurs, dans une étude longitudinale portant sur les facteurs de risque associés à l'attachement parent-enfant dans la prédiction du développement socio-émotionnel de l'enfant, Belsky et Fearon (2002) ont montré que les enfants avec un attachement insécurisant-évitant à trois ans avaient été exposés à moins de facteurs de risque contextuels cumulatifs que ceux qui affichaient un autre profil de patron d'attachement insécurisant. La dépression maternelle faisait partie des facteurs contextuels maternels testés. Cette étude suggère ainsi que les enfants avec un attachement insécurisant-évitant qui sont exposés à la dépression maternelle dans un contexte de conditions environnementales adverses seraient particulièrement vulnérables (Wan & Green, 2009).

Il est cependant possible que l'association marginale trouvée entre la dépression maternelle et l'attachement évitant chez les enfants de la présente étude puisse être expliquée par la variance partagée entre la dépression et l'anxiété. La présence de colinéarité entre les deux sous-échelles du BSI a pu effectivement influencer les résultats en faveur d'une association marginale faussement positive entre ces deux variables. Il est probable que certaines mères qui rapportaient une symptomatologie anxieuse présentaient également une symptomatologie dépressive associée, ceci en raison de la comorbidité fréquente entre ces deux conditions psychopathologiques, notamment chez les femmes (Beck et al., 2001; Kessler, 2006). Afin de clarifier la variance unique associée à chaque trouble, d'autres études portant sur un échantillon plus élevé d'enfants avec un attachement insécurisant et permettant de distinguer de façon plus spécifique la dépression de l'anxiété maternelle, soit en incluant exclusivement des mères anxieuses ou dépressives, soit en contrôlant chacune de ces variables, seraient à réaliser.

Les rares études à avoir examiné le lien entre l'anxiété maternelle et la qualité de la relation d'attachement parent-enfant ont rapporté une association entre l'anxiété maternelle et l'attachement insécurisant organisé et en particulier avec l'attachement insécurisant-ambivalent (Manassis et al., 1994; Scher et al., 2000; Stevenson-Hinde, 1995, 2011) ou avec l'attachement insécurisant désorganisé ou contrôlant (Manassis et al., 1994; Stevenson-Hinde, 2011). En accord avec ces résultats, la présente étude révèle un lien significatif entre l'anxiété maternelle et l'attachement insécurisant organisé chez l'enfant, mais plus spécifiquement avec l'attachement insécurisant-évitant et non avec l'attachement insécurisant-ambivalent tel que cela avait été rapporté précédemment. Ce résultat n'est toutefois pas étonnant dans la mesure où des comportements similaires peuvent être observés chez des mères anxieuses et chez celles dont l'enfant a un attachement évitant. En effet, il a été mis en évidence que les mères anxieuses présentaient davantage de comportements de retrait ou de désengagement envers leur enfant (Weinberg & Tronick, 1998; Woodruff-Borden et al., 2002) et pouvaient se montrer moins sensibles aux besoins affectifs exprimés par leur enfant (Kertz et al., 2008) que les mères non anxieuses. Face à ces comportements maternels, l'enfant développerait des comportements d'attachement évitant pour s'ajuster au manque de réponse maternelle qui serait vécu par ce dernier comme un rejet de la part de sa mère envers lui-même. Toutefois, en raison de la petite taille de l'échantillon, ces résultats sont à interpréter avec prudence. Il serait important de

répliquer cette étude avec un échantillon plus large de façon à distinguer la taille d'effet liée à l'anxiété de celle associée à la dépression maternelle. De plus, l'anxiété maternelle n'étant pas cliniquement diagnostiquée dans la présente étude, il n'est pas possible d'évaluer l'impact de la sévérité de la symptomatologie anxieuse sur la qualité de la relation d'attachement mère-enfant. L'utilisation d'entretiens semi-structurés à visée diagnostique permettrait de répondre à cette question. Toutefois, les présents résultats suggèrent que les effets de la symptomatologie anxieuse maternelle sur la qualité de l'attachement mère-enfant puissent être substantiels. Enfin, il serait important de prendre en compte la nature réciproque des interactions mère-enfant dans la constitution du lien d'attachement. Aussi, les études futures devraient contrôler les facteurs liés aux caractéristiques propres de l'enfant, tels que le tempérament ou des facteurs neurophysiologiques, qui pourraient entraver le développement du lien d'attachement parent-enfant.

De nombreuses études réalisées auprès de très jeunes enfants, généralement âgés de moins de 22 mois, ont rapporté un lien significatif entre le stress parental vécu par la mère et l'attachement insécurisant chez l'enfant (Atkinson et al., 2000). Cette association s'avère plus spécifique dans notre échantillon d'enfants d'âge préscolaire avec la sous-échelle « détresse parentale » du PSI-SF. Ainsi, plus la mère ressent de la détresse dans l'exercice de son rôle parental, plus l'enfant présente des comportements d'attachement de type désorganisé/contrôlant et moins l'attachement de l'enfant a tendance à être sécurisant. En outre, plus la mère éprouve un niveau élevé de stress en l'attribuant aux difficultés propres à son enfant (sous-échelle « enfant-difficile » du PSI-SF), plus celui-ci tend à manifester des comportements d'attachement ambivalent. De façon globale, le niveau de stress parental vécu par la mère n'est associé spécifiquement et de façon significative à aucun des patrons d'attachement chez l'enfant mais tend à être associé à l'attachement ambivalent. Les résultats de notre étude tendent donc à aller dans le même sens que ceux de la méta-analyse d'Atkinson et al. (2000) et à rejoindre les observations des rares études qui ont étudié le lien entre le stress parental et l'attachement parent-enfant à l'âge préscolaire, que ce soit en milieu à faible risque socio-économique (Moss et al., 2004b) ou à risque socio-économique élevé (Hadadian & Merbler, 1996). Ces deux études avaient mesuré le stress parental vécu par la mère à partir de la version longue du PSI (Abidin, 1995) dont le construit est différent mais suffisamment proche de la version abrégée utilisée

dans notre étude pour permettre de comparer les résultats. Dans l'étude de Moss et al. (2004b), le niveau global de stress parental vécu par la mère ( $N = 153$ ) ne ressortait associé de manière significative avec aucun des patrons d'attachement développé par l'enfant à trois ans. Toutefois, comparativement aux mères d'enfants avec un attachement sécurisant, celles d'enfants avec un attachement désorganisé/contrôlant rapportaient un niveau de stress parental plus élevé concernant le domaine parental relatif aux composantes évaluant les relations de couple et le degré d'attachement du parent à son enfant. Plusieurs auteurs ont montré que les enfants présentant un patron d'attachement désorganisé avaient été exposés à des comportements atypiques de la part de leur figure de soins, y compris des comportements effrayants, dissociés ou sexualisés (Lyons-Ruth et al., 1999; Schuengel et al., 1999). Ceci a été constaté lors des interactions parent-enfant même en dehors des situations où l'enfant est en détresse, c'est à dire même lorsque son système d'attachement n'est pas activé. Aussi, la fonction de prendre soin (*caregiving*) des mères d'enfants avec un attachement désorganisé serait perturbée en raison de traumatismes ou de deuils non résolus, conduisant à des difficultés importantes chez ces mères à décoder et à répondre aux besoins affectifs de leur enfant (George & Solomon, 1999). La sous-échelle « détresse parentale » du PSI-SF mesure des caractéristiques propres au parent éprouvées par ce dernier dans ses difficultés à investir son rôle parental, les caractéristiques concernant la relation parent-enfant ou les difficultés propres à l'enfant étant examinées avec les autres sous-échelles (Abidin, 1990a). Les mères d'enfants avec un attachement désorganisé/contrôlant auraient ainsi un niveau de détresse parentale plus élevé que celui des mères d'enfants présentant un patron d'attachement organisé et ce probablement du fait de leur propre vécu traumatique. Il est également possible que face à un enfant au tempérament difficile, comme cela peut se voir en milieu pédopsychiatrique, ces mères auraient plus de difficultés à gérer leur propre stress et se trouveraient plus facilement submergées dans leur rôle parental que les mères d'enfants avec un attachement organisé.

Par ailleurs, il ressort dans notre échantillon que le stress parental tend à être associé à l'attachement ambivalent quand la source du stress parental identifiée par la mère est attribuée à des caractéristiques propres à son enfant (sous-échelle « enfant difficile » du PSI-SF). Ce résultat va dans le même sens que ceux d'autres études qui ont observé un lien significatif entre un niveau élevé de stress parental domaine enfant et l'attachement insécurisant chez l'enfant d'âge préscolaire (Hadadian & Merbler, 1996) ou chez le très jeune enfant (Scher et al., 2000).

Une tendance similaire a également été mise en évidence chez des enfants d'âge scolaire (Dubois-Comtois & Moss, 2004). Un haut niveau de stress maternel relatif à la composante adaptabilité du domaine enfant a également été observé chez les mères d'enfants d'âge préscolaire avec un attachement insécurisant organisé de type évitant ou ambivalent (Moss et al., 2004b). Il est intéressant de constater que la seule étude longitudinale menée sur un échantillon de dyades mère-enfants ( $N = 98$ ) considérées à faible risque socio-économique avait trouvé que le stress parental vécu par la mère prédisait l'attachement insécurisant-ambivalent à 12 mois chez l'enfant (Scher et al., 2000). Ainsworth et al. (1978) observaient que le patron d'attachement ambivalent/résistant se développait dans un contexte d'incohérence, de manque de disponibilité ou de prévisibilité de la part de la réponse maternelle. Ces comportements se traduisent chez la figure de soins, par exemple, par le sentiment d'être débordée par les difficultés de son enfant, par une dramatisation de la détresse de l'enfant ou par une attente que ce dernier s'inquiète des besoins affectifs maternels (Benoit, 2004). Aussi, les mères avec un niveau élevé de stress parental seraient moins disponibles, moins impliquées et auraient des interactions plus négatives que celles dont le niveau de stress est moins élevé (Belsky et al., 1996; Bolger et al., 1989; Bigras & LaFrenière, 1994; Deater-Deckard & Scarr, 1996; McBride & Mills, 1994). Jarvis et al. (1991) parlaient de « séparation psychologique » entre la mère et l'enfant, faisant ainsi référence au manque de disponibilité émotionnelle et affective dû à un niveau de stress élevé et chronique chez la mère, qui pourrait directement affecter la qualité des soins et en conséquence la qualité du lien d'attachement de l'enfant à sa mère. Néanmoins, en raison de la nature corrélationnelle et transversale de la majorité des études portant sur le stress parental et l'attachement de l'enfant, la direction du lien demeure difficile à préciser (Crnic & Low, 2002). Des études longitudinales permettraient d'aborder cette question. Il est permis toutefois de supposer qu'il existerait un aspect bidirectionnel du lien avec un renforcement mutuel, tel qu'illustré par le modèle de spirale transactionnelle (Escalona, 1968). Par exemple, un enfant avec un tempérament difficile peut avoir un impact significatif sur les relations familiales. Aussi, des caractéristiques propres à l'enfant demandant beaucoup de mobilisation de la part du parent pourraient augmenter le niveau de stress vécu par la mère et entraver sa capacité à prendre soin de son enfant. Celle-ci pourrait alors être amenée à adopter des comportements de soins peu adaptés, peu congruents et peu fiables vis-à-vis de son enfant, favorisant ainsi le développement d'un attachement insécurisant-ambivalent chez ce dernier.

Les manifestations de colère et de dépendance de ces enfants, interprétées comme des tentatives de maintenir l'implication maternelle (Main & Solomon, 1986; Cassidy & Berlin, 1994), auraient alors pour conséquence d'augmenter le stress maternel. Ainsi, par effet spirale, les difficultés de l'enfant et du parent se trouveraient réciproquement exacerbées.

Par ailleurs, il apparaît important de souligner que les caractéristiques de l'échantillon maternel présentées dans les analyses préliminaires correspondent aux attributs d'une population à risque sur le plan de la santé mentale des mères. En effet, la majorité des mères vivaient du stress dans leur rôle de parent puisque plus de la moitié d'entre elles ( $n = 17$ , soit 59%) rapportaient des niveaux élevés de stress parental au score global. Près des deux tiers d'entre elles ( $n = 18$ , soit 62%) attribuaient leur vécu de stress aux difficultés de leur enfant et environ un cinquième d'entre elles ( $n = 6$ , soit 21%) à leurs propres difficultés en tant que parent. Ces résultats sont en accord avec les études qui ont trouvé des niveaux de stress plus élevés chez les mères dont les enfants souffraient de conditions médicales ou psychologiques comparativement à celles d'enfants issus de la population générale (Epstein et al., 2008), qu'il s'agisse de symptômes d'anxiété ou de dépression (Rodriguez, 2011), de troubles extériorisés (Anastopoulos et al., 1992; Donenberg & Baker, 1993), de TDAH (Theule et al., 2013), de TSA (Hayes & Watson, 2013) ou de difficultés au niveau du traitement de l'information sensorielle (Gourley et al., 2013).

De même, une proportion importante des mères se décrivaient comme dépressives ou anxieuses puisqu'un tiers ou près d'un tiers d'entre elles avaient des scores atteignant un seuil clinique de dépression (33%,  $n = 10$ ) ou d'anxiété (31%,  $n = 9$ ) sur les sous-échelles du BSI. Si l'association entre une symptomatologie dépressive ou anxieuse chez la mère et diverses difficultés comportementales ou émotionnelles chez l'enfant est bien établie (Beidel & Turner, 1997; Goodman et al., 2007, 2011), peu d'études ont exploré la prévalence des troubles dépressifs ou anxieux chez les mères d'enfants consultant en service de pédopsychiatrie. Il semble néanmoins qu'elles puissent présenter des niveaux plus sévères de symptômes phobiques ou dépressifs que celles d'enfants tout-venant (Keren et al., 2010). Il a également été rapporté un taux de prévalence de troubles anxieux plus élevé chez les mères d'enfants présentant un diagnostic de trouble anxieux que chez les mères d'enfants non anxieux (Cooper et al., 2006). De plus, les mères d'enfants souffrant d'un TDAH sont plus nombreuses à

présenter une symptomatologie anxieuse ou dépressive que celles issues de la population générale (Biederman et al., 1992; Durukan et al., 2008; Ghanizadeh et al., 2008; Kessler, 2006; Segenreich et al., 2009; Soltanifar et al., 2009). En particulier, la dépression maternelle demeure un enjeu majeur de santé publique puisqu'un enfant sur dix est susceptible de voir sa mère présenter une symptomatologie dépressive au cours de son développement (Ertel et al., 2011), celle-ci étant estimée entre 17 à 24% chez les mères élevant de jeunes enfants (McLennan et al., 2001) et à environ 40% chez les mères d'enfants souffrant de TDAH (Chronis et al., 2003; Kessler, 2006). Aussi, les taux retrouvés dans notre étude sont relativement élevés comparativement à ceux de la population générale et incitent à considérer la population pédopsychiatrique comme étant particulièrement à risque sur le plan de la psychopathologie maternelle. Il serait nécessaire de conduire des études sur de plus larges échantillons dans différents milieux pédopsychiatriques pour examiner si les taux retrouvés dans notre étude sont représentatifs de ceux observés habituellement dans cette population.

L'échantillon de la présente étude étant un échantillon à risque clinique aussi bien sur le plan de la santé mentale des mères en ce qui a trait à la dépression, l'anxiété ou le stress parental que sur le plan psychopathologique pour les enfants, il est surprenant qu'une large majorité des enfants de l'étude présentaient un attachement sécurisant ( $n = 20$ , soit 69%). Comme discuté précédemment, des caractéristiques propres aux symptômes maternels, qui n'ont pu être évaluées dans la présente étude et le fait que l'échantillon soit considéré à faible risque sur le plan socio-économique et de la maltraitance, ont pu faire en sorte que le lien d'attachement mère-enfant ait pu être préservé chez la plupart des enfants de l'échantillon.

Par ailleurs, il est possible que d'autres variables relationnelles aient pu modérer le lien entre la psychopathologie maternelle et l'attachement mère-enfant. Plusieurs chercheurs proposent d'élargir le champ des études sur l'attachement au système familial dans lequel évolue l'enfant et en particulier de considérer le rôle du père (Cowan, 1997; Finger et al., 2009; Marvin & Stewart, 1990; Tarabulsy et al., 2005). Il a aussi été montré que la sensibilité paternelle pouvait être un facteur protecteur pour le développement de l'enfant, particulièrement quand la fonction maternante est déficiente (Lewin et al., 2015; Mezulis et al., 2004). Le rôle du père, dans sa fonction de soutien auprès de la mère, pourrait modérer le lien entre la psychopathologie



de la mère et la capacité de cette dernière à prendre soin de son enfant et, par conséquent, influencer sur le développement du lien d'attachement mère-enfant. En population générale, le rôle de soutien du père à la mère dans sa fonction parentale aurait néanmoins un caractère prédictif de moindre importance sur l'attachement mère-enfant que l'inverse, même après contrôle de la variable sensibilité paternelle (Brown et al., 2010). Il pourrait en être autrement avec des mères présentant des difficultés sur le plan de leur santé mentale. Toutefois, la documentation scientifique sur cette question est relativement rare. Dans le cas de la dépression du post-partum, certains auteurs ont observé que le père peut compenser les éventuels « manquements » de la mère en lui assurant un appui suffisant tant sur le plan conjugal que parental (Grube et al., 2005). Chez les mères d'enfants nés prématurément, la satisfaction relationnelle et le soutien reçu durant la période du postpartum par le père, sont deux des quatre prédicteurs d'attitudes parentales positives mais aussi d'attachement mère-enfant sécurisant (Evans et al., 2012). Il semble cependant que l'effet « tampon » du rôle paternel ne s'exerce que sous certaines conditions (Tissot et al., 2011). Il a été ainsi suggéré que seul un père impliqué, soutenant et ne souffrant par ailleurs d'aucune psychopathologie, sera susceptible d'apporter un effet compensatoire à des soins maternels défailants (Goodman et Gotlib, 1999; Tissot et al., 2011). Aussi, les études ayant examiné le rôle du père en tant que modérateur sur le lien entre la dépression maternelle et le développement de l'enfant ont-elles conduit à des résultats contradictoires. En effet, celui-ci peut apparaître aussi bien comme un facteur protecteur qu'être considéré comme un facteur de risque supplémentaire selon les caractéristiques paternelles prises en considération (Edhborg et al., 2003; Mezulis et al., 2004; Tissot et al., 2011). Par conséquent, dans le cas où la mère souffrirait d'une condition psychopathologique, il est possible d'envisager que le père pourrait participer à améliorer ou à nuire au développement du lien d'attachement mère-enfant, en fonction de la qualité du soutien qu'il peut apporter.

Enfin, même si les résultats, préliminaires et corrélationnels, ne sont pas suffisants pour confirmer ou infirmer l'hypothèse de l'étude, la question du rôle de l'attachement dans la transmission du lien entre la psychopathologie maternelle et celle de l'enfant peut se poser. Il est possible que les difficultés propres à l'enfant soient perçues d'autant plus difficilement par la mère que celles-ci puissent être bien réelles et liées à des facteurs de vulnérabilités intrinsèques à l'enfant. Aussi, les mères qui se présentent comme dépressives, anxieuses ou

stressées peuvent être plus vulnérables aux comportements ou au tempérament difficiles de leur enfant. À l'inverse, les difficultés propres de l'enfant peuvent se trouver exacerbées sous l'effet des facteurs psychologiques ou socio-émotionnels maternels. Le modèle transactionnel du développement propose ainsi que le développement n'est pas la somme de mécanismes individuels mais le produit d'interactions entre l'individu et son environnement, soulignant en particulier l'aspect bidirectionnel et réciproque des liens (Belsky, 1984; Gottlieb et al., 2007; Sameroff, 2009).

### **4.3 Lien entre les variables psychologiques maternelles et la présence de CDCS chez l'enfant**

Il a été évalué de manière exploratoire le lien entre les caractéristiques psychologiques maternelles, telles que la dépression, l'anxiété ou le stress parental et la présence de CDCS chez l'enfant. L'analyse des résultats n'a pas permis d'observer de lien significatif entre les variables psychologiques maternelles et la présence de CDCS chez l'enfant.

Plusieurs études ont montré que des enfants qui n'avaient pas subi de maltraitance pouvaient manifester des CDCS (Boris et al., 1998; Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009; Minnis et al., 2007; Pears et al., 2010; Scheper et al., 2016), ce qui suggère que d'autres facteurs devraient être recherchés pour expliquer ces comportements atypiques. Aussi, quelques rares études ont examiné si des facteurs psychopathologiques ou socio-émotionnels chez la mère, susceptibles de perturber la relation parent-enfant, pourraient être associés à la présence de CDCS chez l'enfant (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009; Oliveira et al., 2012; Zeanah et al., 2004).

Il a ainsi été montré que des antécédents d'abus de substance ou de troubles psychiatriques connus chez la mère étaient associés à la présence de CDCS chez l'enfant placé en famille d'accueil (Zeanah et al. 2004). Un manque de disponibilité émotionnelle de la part

de la mère (liée à la négligence, l'abus de substance, un retard mental ou une psychopathologie maternelle) expérimenté par l'enfant antérieurement à son placement prédit les CDCS chez l'enfant placé en institution (Oliveira et al., 2012). En milieu familial à risque élevé de négligence psychosociale, une pathologie psychiatrique ayant mené à une hospitalisation de la mère est associée aux CDCS chez l'enfant quand la capacité de la mère à prendre soin de son enfant est défaillante (Lyons-Ruth et al, 2009).

La dépression maternelle a été plus spécifiquement étudiée et n'a pas été trouvée associée aux CDCS (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009; Zeanah et al., 2004). Lalande et al. (2012) n'avaient pas rapporté de lien entre la dépression du post-partum ( $n = 12$ ) et les CDCS chez l'enfant, ce qui pouvait être expliqué par le délai de temps relativement long (11 mois) entre les deux mesures. Selon ces auteurs, la dépression du post-partum étant souvent rapidement identifiée et prise en charge par les services psychosociaux, il est possible que les symptômes dépressifs aient par la suite diminué jusqu'à un seuil sous-clinique trop faible pour contribuer au développement de CDCS chez l'enfant. Dans l'étude de Lyons-Ruth et al. (2009), les scores moyens de CDCS sur l'échelle RISE étaient proches du seuil clinique chez les enfants dont les mères présentaient un diagnostic de dépression ( $n = 28$ ), ce qui pouvait laisser supposer que la dépression maternelle aurait pu être associée aux CDCS sur un échantillon plus large quand elle atteint un niveau clinique de sévérité. Dans ces deux études comme dans la nôtre, la petite taille de l'échantillon a pu faire en sorte qu'aucune association n'a pu être détectée. Par ailleurs, comme cela avait été rapporté dans les études ayant examiné le lien entre la dépression maternelle et l'attachement de l'enfant à sa figure de soins (Atkinson et al., 2000; Martins & Gaffan, 2000; van IJzendoorn et al., 1999), il est possible que la force du lien entre la dépression maternelle et les CDCS chez l'enfant aurait pu être plus élevée si la dépression maternelle avait été cliniquement diagnostiquée. D'autre part, en plus des critères de sévérité, d'autres caractéristiques liées à la dépression telles que la chronicité ou la période où elle survient chez la mère au cours du développement de l'enfant auraient pu influencer les résultats.

Aucune étude n'avait jusqu'à présent examiné le lien entre l'anxiété maternelle et les CDCS. Il est permis de supposer que la symptomatologie anxieuse, telle qu'auto-rapportée par les mères, était moins sévère que si un trouble anxieux avait été cliniquement diagnostiqué chez ces dernières. Par ailleurs, il est possible que les mères anxieuses, en décourageant les tentatives d'autonomie de leur enfant, comme cela a pu être rapporté dans différentes études (Creswell et

al., 2013; Moore et al., 2004; Whalley et al., 1999; Woodruff-Borden et al., 2002), puissent limiter celui-ci dans ses activités exploratoires et inhiber son désir de se diriger vers des expériences ou des figures non familières. Ceci a pu contribuer au fait qu'aucune association significative n'a pu être observée entre l'anxiété maternelle et les CDCS chez l'enfant.

Enfin, contrairement aux résultats de notre étude, la seule étude qui, à notre connaissance, a examiné le lien entre le stress parental et les CDCS chez l'enfant ( $n = 59$ ) avait rapporté des niveaux plus élevés de CDCS chez ceux dont les parents avaient de plus hauts scores de stress parental (Scheper et al., 2016). Ceci était observé même après avoir pris en compte l'effet modérateur des problèmes de comportements extériorisés des enfants. Toutefois, les facteurs de risque socio-économiques n'étaient pas précisés dans cette étude et 21% des enfants de l'échantillon avaient vécu de la maltraitance. Les facteurs de risque socio-économiques et la maltraitance étant susceptibles d'être associés à la présence CDCS chez l'enfant (Pears et al., 2010), il est possible que ce soit le cumul de ces facteurs, qui, associés au stress parental, aient pu agir comme modérateurs et contribuer à rendre les résultats significatifs.

De façon générale, la petite taille de l'échantillon et la variance restreinte dans la distribution des scores sur l'échelle RISE ont peut-être fait en sorte que les résultats n'ont montré aucune association significative entre les variables maternelles testées et la présence de CDCS chez l'enfant. Aussi d'autres études sur un échantillon plus large de dyades mère-enfant s'avèrent nécessaires pour continuer à vérifier l'hypothèse recherchée.

Par ailleurs, il est probable que ce soit le cumul de plusieurs facteurs de risque qui influence le développement de CDCS et non chacun pris individuellement. Par exemple, la dépression maternelle seule ne suffirait pas à contribuer à la manifestation de CDCS chez l'enfant. Cependant, associée à d'autres facteurs de risque psychosociaux tels qu'un faible niveau socio-économique, des événements de vie importants, un stress parental ou des soins maternels défailants, elle pourrait contribuer à favoriser le développement de CDCS chez l'enfant.

À l'inverse, il est possible que la présence de CDCS chez l'enfant ne soit pas liée à des facteurs psychologiques maternels. En particulier, Zeanah et Smyke (2015) mettent en garde les cliniciens contre le fait de rechercher des caractéristiques parentales autres que celles associées à une forme extrême de carence de soins pour expliquer la présence de CDCS chez l'enfant.

L'une des raisons évoquée par ces auteurs est qu'il n'existe pas de frontière nette permettant de différencier des comportements qui pourraient témoigner d'une grande sociabilité de la part de l'enfant de ceux qui répondraient à des critères pathologiques. À cet égard, certains enfants souffrant de TDAH démontrent une impulsivité observée aussi bien dans leurs comportements que dans leurs aptitudes cognitives ou d'approche sociale, ce qui peut rendre la tâche difficile de distinguer les comportements qui relèveraient d'un mode d'approche indiscriminé de ceux qui seraient socialement appropriés chez ces enfants (Zeanah & Smyke, 2015). Enfin, le tempérament de l'enfant ainsi que les facteurs de vulnérabilité biologique ou génétique devraient aussi être pris en considération dans la recherche des mécanismes impliqués dans la formation des CDCS. Des recherches récentes ont montré qu'un déficit du contrôle de l'inhibition était associé aux CDCS chez des enfants n'ayant pas vécu de maltraitance (Pears et al., 2010), suggérant ainsi que des anomalies cognitives chez l'enfant pourraient compromettre sa capacité à développer des comportements sociaux adaptés. De plus, la présence de CDCS a été décrite chez des enfants atteints de maladies congénitales, telles que le syndrome de Williams (Jones et al., 2000). Aussi, des chercheurs ont suggéré l'implication possible d'une composante génétique dans le mécanisme de développement des CDCS (Drury et al., 2012; Minnis et al., 2007).

#### **4.4 Contributions, forces et limites de l'étude**

Outre le fait qu'elle se soit intéressée à des thématiques en lien avec l'attachement et les CDCS peu étudiées jusqu'à présent chez des enfants d'âge préscolaire et en particulier consultant en pédopsychiatrie, cette étude apporte une contribution scientifique originale à la recherche portant sur les CDCS. En effet, peu d'auteurs se sont intéressés jusqu'à présent à examiner les CDCS selon une approche développementale, en dehors du diagnostic de TRA de sous-type désinhibé ou du TDCS (Lalande et al., 2012; Lawler et al., 2014; Lyons-Ruth et al.,

2009; Pears et al., 2010; Scheper et al., 2016). Cette étude met ainsi en perspective l'intérêt d'envisager les CDCS comme des stratégies d'adaptation à des conditions environnementales pouvant modifier la façon dont vont se développer les comportements sociaux de l'enfant et non comme un symptôme lié à une condition pathologique dont la cause serait déterminée par des formes extrêmes de carence de soins (critère C du TDCS; APA, 2013). Ceci offre l'avantage de pouvoir étudier divers facteurs qui pourraient potentiellement être liés à leur formation sans préjuger de leur cause, y compris ceux en lien avec l'attachement parent-enfant. De plus, les comportements d'attachement de l'enfant à sa figure de soins tels qu'évalués par la Situation Étrangère (Ainsworth et al., 1978) ou la procédure de Séparation-Réunion (Cassidy & Marvin, 1992) faisant également référence à des stratégies d'adaptation en lien avec la relation parent-enfant, cette approche permet d'appréhender ces deux modes relationnels, l'un dirigé vers la mère, l'autre vers la figure étrangère, sur un même plan descriptif. Ainsi, tout comme il est utile de comparer les deux construits de TRA et de TDCS selon une approche clinique pour une meilleure compréhension de ces troubles, il apparaît important de pouvoir étudier les concepts de comportements d'attachement parent-enfant et de CDCS selon une perspective développementale pour une meilleure compréhension de leurs mécanismes de formation.

Par ailleurs, cette étude comporte plusieurs avantages méthodologiques que l'on constate moins fréquemment dans les travaux de recherche portant sur l'attachement et les CDCS.

Tout d'abord, elle utilise une méthode observationnelle pour évaluer les CDCS alors que jusqu'à présent la majorité des études avaient évalué les CDCS chez l'enfant à partir de questionnaires auto-rapportés, le plus souvent remplis par la figure de soins principale de l'enfant. C'est aussi la troisième étude à s'être intéressée à examiner les comportements d'attachement et les CDCS chez l'enfant en ayant eu recours aux mêmes outils de mesure pour évaluer ces modes de comportements auprès d'enfants vivant avec leur mère biologique, ce qui permet un comparatif entre ces études.

Ensuite, le facteur confondant lié aux changements fréquents de figure de soins pour la mesure des CDCS chez l'enfant est contrôlé puisque n'ont été inclus dans l'étude que des enfants résidant avec leur mère biologique et n'ayant jamais vécu en institution. De plus, les variables socio-démographiques et socio-économiques ont été contrôlées, celles-ci étant susceptibles d'être associées aux comportements d'attachement et aux CDCS. Enfin, le stress

parental pouvant varier de façon substantielle en fonction du temps (Atkinson et al., 2000), le délai entre la mesure des comportements d'attachement mère-enfant et celle du stress parental était court.

Néanmoins, certaines limites d'ordre méthodologique sont à mentionner.

En premier lieu, il est important de souligner que l'échantillon de l'étude n'est pas représentatif de la population pédopsychiatrique, puisqu'il s'agit d'un échantillon de convenance, donc de participation volontaire. Ceci introduit un biais dans la sélection des participants, mais il aurait été difficile de procéder autrement, aussi bien d'un point de vue éthique que pratique. Ainsi, certaines familles n'ont pas été invitées à participer à la recherche par le pédopsychiatre traitant, en particulier lorsque l'alliance thérapeutique s'avérait fragile. De même, les enfants présentant des diagnostics entravant la communication de façon importante ou ceux placés en institution ou en famille d'accueil ont été d'emblée écartés du devis de recherche. Néanmoins, la répartition des enfants inclus dans la présente étude selon leur sexe et leur diagnostic semble représentative des populations d'enfants qui consultent habituellement en pédopsychiatrie pour cette tranche d'âge. Cependant, le faible nombre d'études disponibles dans la documentation scientifique à ce sujet fait en sorte qu'il est difficile de connaître la fréquence des diagnostics dans cette population, celle-ci pouvant varier de façon substantielle d'une étude à l'autre en fonction des diagnostics présentés mais aussi de la classification choisie pour les évaluer. Aussi, en raison de leur participation volontaire et des contraintes liées au recrutement des familles, il est probable que les familles ayant collaboré au projet de recherche avaient en moyenne un niveau socio-économique plus élevé et étaient en général à moindre risque de négligence ou de maltraitance que celles qui consultent habituellement en service de pédopsychiatrie.

La petite taille de l'échantillon et la variance restreinte dans la distribution de certains scores sur les échelles constituent une autre limite importante de l'étude. Elle met cependant en relief la difficulté à recruter des patients en milieu pédopsychiatrique, et ce d'autant plus que le protocole de recherche suscite des contraintes de temps et d'investissement de la part des familles. Dans le cas présent, la durée relativement longue du protocole de recherche (deux rencontres, dont la première d'une durée d'une heure et demi et plusieurs questionnaires destinés au projet de recherche plus large à remplir à domicile) a également pu exercer un effet dissuasif

auprès de certains parents, ce qui explique sans doute le faible taux de participation des familles (50%).

Une autre limite de l'étude réside dans l'usage de questionnaires auto-rapportés par la mère et dans le fait qu'il existait une variance partagée entre la dépression et l'anxiété maternelle.

D'autre part, la variance commune entre les mesures des comportements d'attachement et des CDCS chez l'enfant a pu contribuer à augmenter la probabilité de trouver une association entre ces deux variables. De plus, l'échelle RISE ayant été utilisée jusqu'à présent seulement auprès d'enfants de moins de trois ans, sa validité auprès d'enfants d'âges préscolaires demeure à être démontrée.

Enfin, il s'agit d'une étude transversale et corrélationnelle, elle ne permet donc pas de qualifier le sens de la relation entre les variables. De plus, l'absence de groupe de contrôle ne permet pas de comparer les résultats obtenus à ceux d'un échantillon populationnel.

## **4.5 Études futures**

Au-delà de ces limites, cette étude contribue à élargir les connaissances relatives à l'attachement et aux CDCS chez les enfants d'âge préscolaire et plus spécifiquement chez ceux recourant à des services en pédopsychiatrie. En effet, la recherche sur ces thématiques est encore très limitée, voire quasi inexistante, dans cette population. Il serait alors pertinent de vérifier ces hypothèses sur un échantillon plus important. Ceci permettrait non seulement de donner davantage de puissance statistique aux résultats, mais aussi d'augmenter la variance dans la distribution des scores sur les échelles d'attachement et sur l'échelle RISE.

Il serait également important d'inclure un groupe de contrôle dans le devis de recherche. Celui-ci pourrait être issu de la population générale, ce qui offrirait l'avantage de pouvoir comparer les distributions des scores sur les différentes échelles de l'échantillon clinique à celles



d'un groupe normatif. Il serait aussi pertinent d'inclure un groupe de contrôle relevant d'un échantillon issu d'un service de pédopsychiatrie d'un autre hôpital ou encore d'un échantillon clinique de mères anxieuses ou dépressives. Dans le premier cas, cela permettrait de mieux connaître les caractéristiques de la population pédopsychiatrique d'âge préscolaire tant dans le domaine de l'attachement que d'un point de vue descriptif quant aux problématiques maternelles observées dans cette population d'enfants. Dans le second cas, le recours à des mères cliniquement anxieuses ou dépressives exclusivement permettrait, d'une part, d'éviter le phénomène de variance partagée entre ces deux variables et, d'autre part, d'augmenter la probabilité d'observer une association entre les variables maternelles et celles de l'enfant puisque les symptômes des mères atteindraient des niveaux de sévérité clinique.

Par ailleurs, afin de combler les lacunes identifiées dans la présente étude où la chronologie des phénomènes ne peut être établie, un devis longitudinal permettrait de mieux comprendre les mécanismes de formation et, plus spécifiquement, le lien directionnel entre, d'une part, le fonctionnement psychologique maternel et, d'autre part, les comportements d'attachement ou les CDCS chez l'enfant.

Concernant la validité de l'échelle RISE, étant donné que celle-ci n'a été testée jusqu'à présent que dans trois études différentes, il serait important d'inclure également dans les recherches futures d'autres instruments permettant d'évaluer les CDCS par méthode observationnelle ou par des auto-questionnaires dont la validité a été reconnue. Il serait également important de mener d'autres études qui utiliseraient cet instrument auprès d'enfants d'âge préscolaire issus de la population générale afin d'obtenir des normes comparatives.

De plus, les futures recherches portant sur l'évaluation des CDCS chez l'enfant devraient tenir en compte de l'influence possible de facteurs génétiques, biologiques ou cognitifs dans la genèse des CDCS. Bien que nécessairement complexe, une telle approche intégrative, impliquant différents niveaux de facteurs susceptibles d'intervenir dans la formation des CDCS, qu'ils soient intrinsèques à l'enfant, relationnels ou environnementaux, permettrait d'en améliorer la compréhension.

Enfin, cette étude, réalisée en milieu clinique pédopsychiatrique, amène à questionner la fonction éventuelle de l'attachement comme facteur de transmission entre la psychopathologie maternelle et celle de l'enfant. En effet, très peu de chercheurs se sont penchés jusqu'à présent sur cette question pourtant importante pour comprendre le rôle des liens interactifs parent-enfant

dans le développement de psychopathologies chez l'enfant (Wan & Green, 2009). Ceci est d'autant plus étonnant que les recherches empiriques ont montré un lien entre l'attachement parent-enfant et la psychopathologie de l'enfant (voir DeKlyen et al., 2016 pour revue). De plus, les adultes souffrant de troubles mentaux rapportent fréquemment un état d'esprit concernant l'attachement non sécurisant par rapport à leur famille d'origine (Riggs et al., 2007; Ward et al., 2006). Les recherches futures devraient tenir compte également des facteurs de vulnérabilité biologique ou génétique constitutifs de l'enfant et du rôle cumulatif et interactionnel entre les différents facteurs de risque dans le développement de psychopathologies chez l'enfant (Fearon & Belsky, 2011). De plus, la majorité des études qui ont examiné le lien entre l'attachement parent-enfant et les difficultés d'adaptation de l'enfant ont évalué les comportements de l'enfant à partir de mesures continues de symptômes extériorisés ou intériorisés, le plus souvent avec le *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 2000). Aussi, les recherches futures devraient évaluer des diagnostics psychiatriques spécifiques chez l'enfant (Cassidy et al., 2013). Étant donné que l'environnement semble avoir un rôle important dans la transmission de l'anxiété du parent à l'enfant et même davantage que les facteurs génétiques (Eley et al., 2015), une hypothèse exploratoire pour des recherches futures pourrait être, par exemple, de considérer l'attachement mère-enfant comme un médiateur possible entre l'anxiété maternelle et celle de l'enfant en examinant des catégories diagnostiques de troubles anxieux spécifiques. Ces études devraient tenir compte de l'ensemble du contexte familial dans lequel évolue l'enfant et contrôler l'effet potentiellement modérateur de variables spécifiques liées au père.

Un défi pour les recherches futures serait de vérifier le rôle de médiateurs susceptibles d'intervenir dans la transmission des difficultés d'adaptation ou des troubles psychopathologiques de la mère à l'enfant en tenant compte de l'effet modérateur de facteurs intrinsèques ou contextuels identifiés.

## 4.6 Intérêt, implications cliniques

Cette étude met en lumière l'importance pour le clinicien travaillant en milieu pédopsychiatrique de rechercher la présence de CDCS chez l'enfant même en dehors du diagnostic de TDCS. En cela, elle corrobore les études qui avaient suggéré de les identifier même en l'absence d'un contexte de négligence ou de maltraitance avérée (Boris et al., 1998; Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth et al., 2009; Minnis et al., 2007; Pears et al., 2010). Les conséquences de ces comportements atypiques sont suffisamment préoccupantes pour porter attention à ne pas négliger de les détecter chez l'enfant. En effet, les CDCS sont associés non seulement aux comportements extériorisés et à des difficultés d'adaptation même tard dans l'adolescence (Hodges & Tizard, 1989; Lyons-Ruth et al., 2009; Roy et al., 2004; Scheper et al., 2016; Smyke et al., 2010), mais aussi à des risques pour la sécurité de l'enfant puisque celui-ci pourrait être amené à suivre n'importe quel adulte non familial sans avoir conscience du danger potentiel découlant d'une telle conduite. Aussi, à la démarche clinique habituelle qui s'appuie sur une approche sémiologique menant à formuler des diagnostics, le clinicien devrait intégrer dans sa pratique une approche développementale de la psychopathologie, notamment quand des problématiques en lien avec la relation parent-enfant et plus spécifiquement avec l'attachement sont au premier plan. Ceci est important car, d'un point de vue thérapeutique, viser à l'amélioration des interactions et en particulier du lien d'attachement parent-enfant dès la petite enfance pourrait être considéré comme une avenue prometteuse pour prévenir la présence de CDCS chez les enfants vivant avec leur mère biologique. Cette proposition est appuyée par des recherches récentes qui ont montré l'importance du rôle du manque de disponibilité émotionnelle et de sensibilité de la part de la figure de soins sur la présence de CDCS chez l'enfant adopté (Garvin et al., 2012; Van den Dries et al., 2010), mais aussi sur le fait qu'une diminution des CDCS a pu être observée chez des enfants vivant en institution exposés à un environnement leur assurant une meilleure stabilité et davantage de sensibilité de la part des donneurs de soins (Groark et al., 2005; Muhamedrahimov et al., 2004).

D'autre part, l'analyse descriptive des résultats a permis d'identifier une fréquence relativement élevée de mères présentant une symptomatologie dépressive ou anxieuse, ou encore un niveau élevé de stress parental. Le clinicien œuvrant auprès de jeunes enfants et de

leurs familles devrait être sensibilisé à l'importance de détecter la possibilité d'un fonctionnement socio-émotionnel altéré, voire de troubles psychopathologiques, chez les mères, afin qu'ils puissent les référer à des services de soins appropriés et tenir compte de ces aspects dans leur approche thérapeutique. Aussi, le clinicien devrait-il être attentif à prendre en considération, non seulement les dimensions individuelles de l'enfant, mais aussi la qualité de la relation parent-enfant et en particulier la qualité du lien d'attachement dans sa démarche clinique (Boris & Renk, 2017; Tereno et al., 2007; Zeanah et al, 2011). Même si la direction du lien entre le fonctionnement psychologique maternel et celui de l'enfant est difficile à établir du fait de l'influence mutuelle de multiples facteurs, individuels, relationnels ou environnementaux, pouvant conduire à l'apparition de troubles mentaux ou de difficultés d'adaptation chez l'enfant, le clinicien devrait être conscient de l'intérêt de travailler sur plusieurs niveaux (le bien-être maternel, la relation parent-enfant et les difficultés propres de l'enfant), ceci afin de promouvoir la santé psychologique de l'enfant, de sa mère et de son entourage familial plus large.

## Conclusion

Cette étude avait pour objectif premier de tester le lien entre les comportements d'attachement mère-enfant et la présence de CDCS chez des enfants d'âge préscolaire consultant en service de pédopsychiatrie. Le second objectif était d'examiner le lien entre certaines caractéristiques du fonctionnement psychologique maternel et d'une part, les comportements d'attachement mère-enfant et d'autre part, la présence de CDCS chez l'enfant.

Les analyses corrélationnelles ont montré que la présence de CDCS chez l'enfant était associée à l'attachement désorganisé/contrôlant et inversement associée à l'attachement sécurisant. Ces résultats sont en accord avec les rares études qui ont mis en évidence un lien entre l'attachement insécurisant et les CDCS chez de très jeunes enfants (de 18 mois et moins) vivant avec leur mère biologique, suggérant ainsi que ce lien puisse perdurer à l'âge préscolaire. D'autres études portant sur un échantillon plus large et avec un devis de recherche longitudinal permettraient de confirmer ces résultats. De plus, l'échelle RISE semble constituer un instrument intéressant pour évaluer les CDCS chez l'enfant. Il serait important de l'utiliser dans d'autres études recourant à divers outils de mesure des CDCS afin de la valider auprès d'enfants d'âge préscolaire.

Dans l'échantillon considéré, la symptomatologie dépressive maternelle n'était pas associée à l'attachement insécurisant bien qu'une tendance ait pu être observée entre l'attachement évitant et la dépression maternelle. L'anxiété maternelle était associée à l'attachement évitant, ce qui suggère que les effets de la symptomatologie anxieuse maternelle sur la qualité de l'attachement puissent être substantiels. Il est possible que la variance partagée entre les symptômes dépressifs et anxieux tels qu'auto-rapportés par la mère ait pu faire en sorte qu'une corrélation marginalement significative entre la symptomatologie dépressive maternelle et l'attachement insécurisant-évitant chez l'enfant a pu être observée. De la même manière, il n'est pas impossible que la corrélation entre l'anxiété maternelle et l'attachement insécurisant-évitant chez l'enfant puisse être faussement significative. Toutefois, la petite taille de

l'échantillon a pu également contribuer au fait que des associations n'ont pu être détectées alors qu'elles auraient pu l'être avec un échantillon plus grand. Aussi, un projet de recherche futur serait d'inclure exclusivement des mères souffrant de dépression ou d'anxiété en utilisant un échantillon de plus grande taille que celui de notre étude.

Les analyses suggèrent que certaines caractéristiques du stress parental semblent davantage associées à l'attachement insécurisant chez l'enfant que d'autres. En particulier, un résultat significatif est obtenu entre la sous-échelle « détresse parentale » du PSI-SF et l'attachement désorganisé/contrôlant chez l'enfant. Une tendance était observée entre la sous-échelle « enfant difficile » et l'attachement ambivalent. Globalement, le stress parental vécu par la mère tend à être associé à l'attachement ambivalent.

Aucune des variables maternelles testées, à savoir la symptomatologie anxieuse ou dépressive ainsi que le stress parental vécu par la mère n'était corrélée de façon significative à la présence de CDCS chez l'enfant. D'autres études s'avèrent nécessaires pour mieux comprendre les déterminants associés à la présence de CDCS chez l'enfant. Même si la présence de CDCS chez ce dernier est observée préférentiellement dans des contextes de maltraitance ou de négligence avérés, il apparaît que ces conditions ne sont pas nécessaires ni suffisantes pour expliquer leur développement (Lawler et al., 2014) et que d'autres facteurs devraient être pris en considération. Aussi, les recherches futures devraient tenir compte du rôle cumulatif et interactionnel des facteurs de vulnérabilité intrinsèques à l'enfant et des facteurs environnementaux possiblement impliqués dans leur genèse. Une avenue de recherche future serait d'envisager la qualité des soins maternels comme médiateur possible entre des facteurs de risque contextuels et le développement de CDCS chez l'enfant en tenant compte des facteurs de vulnérabilité intrinsèques à l'enfant. Même si les résultats de la présente étude n'ont pas permis de mettre en évidence un lien significatif entre des caractéristiques psychologiques maternelles et la présence de CDCS chez l'enfant, il n'en demeure pas moins que l'intérêt de l'avoir menée en milieu pédopsychiatrique est à souligner. En effet, cette étude a mis en lumière l'importance pour le clinicien d'être sensibilisé à la pertinence de rechercher la présence de CDCS chez l'enfant même en dehors du diagnostic de TDCS (c'est-à-dire en dehors du critère C du DSM 5; APA, 2013), notamment lorsque des enjeux d'attachement parent-enfant sont suspectés puisque davantage présents quand l'attachement parent-enfant est insécurisant. Ceci est important car l'amélioration du lien d'attachement mère-enfant, surtout chez les enfants dont

l'attachement est désorganisé/contrôlant, pourrait être considéré comme une avenue thérapeutique prometteuse pour permettre à l'enfant d'utiliser des modes d'approche plus adaptés et moins à risque que les CDCS quand il est en présence d'adultes non familiaux.

Même si les résultats de cette étude, que l'on peut qualifier de préliminaires, sont à interpréter avec prudence du fait de la petite taille de l'échantillon et de la nature bidirectionnelle du lien, ce projet a permis de contribuer à la description de caractéristiques maternelles et infantiles d'un échantillon populationnel issu d'un service de pédopsychiatrie et de suggérer des pistes de recherche et d'implications cliniques possibles. En effet, très peu d'études portant sur l'attachement parent-enfant ont été réalisées jusqu'à présent auprès d'enfants consultant en service de pédopsychiatrie alors que la recherche dans ce domaine a été particulièrement féconde depuis plus de 30 ans. Bien que d'approche complexe, l'intérêt de poursuivre des recherches en milieu pédopsychiatrique serait de mieux connaître le rôle de médiateurs relationnels dans la transmission du lien entre la psychopathologie parentale et celle de l'enfant en tenant compte de l'effet modérateur des facteurs intrinsèques ou contextuels identifiés. Une meilleure compréhension des enjeux affectifs relationnels et en particulier du rôle de l'attachement parent-enfant dans la genèse de troubles adaptatifs ou de psychopathologies chez l'enfant permettrait de développer des interventions axées sur l'amélioration du lien parent-enfant, que ce soit directement ou indirectement, et de promouvoir la santé mentale aussi bien de l'enfant que de son parent.

## Bibliographie

- Abidin, R.R. (1986). *Parenting Stress Index, Manual*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R.R. (1990a). *Parenting Stress Index/Short Form-Test Manual*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R.R. (1990b). Introduction to the special issue: the stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology* 19, 298-301.
- Abidin, R.R. (1995). *Parenting stress index: Professional manual (3<sup>rd</sup> ed.)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Abidin, R.R. (1997). Parenting Stress Index: A measure of the parent-child system. Dans Zalaquett, C.P. & Wood, R.J. (dir.), *Evaluating stress: A book of resources* (p.165-175). Lanham, MD, US: Scarecrow Education.
- Abrams, K.Y., Rifkin, A., Hesse, E. (2006). Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational procedure. *Development and Psychopathology*, 18(2), 345-361.
- Achenbach, T.M. (2000). *Manual for the Child Behaviour Checklist 11/2-5*. Department of Psychiatry, University of Vermont, Burlington, VT.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment, a psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale (New Jersey): Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed., text rev.)*. Washington, D.C: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.



- Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Shelton, T.L., DuPaul, G.J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(5), 503-520.
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K.C., Guger, S. (2000). Attachment security: a meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 1019-1040.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Steele, H., Zeanah, C.H., Muhamedrahimov, R.J., Vorria, P., Dobrova-Krol, N.A., Gunnar, M.R. (2011). Attachment and Emotional Development in Institutional Care: Characteristics and Catch-Up. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 62-91.
- Bar-Haim, Y., Sutton, D.B., Fox, N.A., Marvin, R.S. (2000). Stability and change of attachment at 14, 24, and 58 months of age: Behavior, representation, and life events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 381-388.
- Barnett, B., Blignault, I., Holmes, S., Payne, A., Parker, G. (1987). Quality of attachment in a sample of 1-year-old Australian children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(3), 303-307.
- Beck, R., Perkins, T.S., Holder, R., Robbins, M., Gray, M., Allison, S.H. (2001). The cognitive and emotional phenomenology of depression and anxiety: Are worry and hopelessness the cognitive correlates of NA and PA? *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 829-838.
- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., Woodworth, S., Crnic, K. (1996). Troubled family interaction during childhood. *Development and Psychopathology*, 8, 477-495.
- Belsky, J. (1997). Theory testing, effect-size evaluation, and differential susceptibility to rearing influence: the case of mothering and attachment. *Child Development*, 68(4), 598-600.
- Belsky, J. & Fearon, R.M. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk, and

- early development: A moderational analysis. *Development and Psychopathology*, 14, 293-310.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Pediatric Child Health*, 9(8), 541-545.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Ugaglia, K., Jellinek, M.S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M.B., Tsuang, M.T. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728-38.
- Bigras, M. & LaFreniere, P.J. (1994). L'influence du risque psychosocial, des conflits conjugaux et du stress parental sur la qualité de l'interaction mère-garçon et mère-fille. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26, 280-297.
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R.C., Schilling, E.A. (1989). Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality Social Psychology*, 57(5), 808-818.
- Boris, N.W., Zeanah, C.H., Larrieu, J.A., Scheeringa, M.S., Heller, S.S. (1998). Attachment disorders in infancy and early childhood: a preliminary investigation of diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 295-297.
- Boris, N.W., Hinshaw-Fuselier, S.S., Smyke, A.T., Scheeringa, M.S., Heller, S.S., Zeanah, C.H. (2004). Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 568-577.
- Boris, N.W. & Renk, K. (2017). Beyond reactive attachment disorder: How might attachment research inform child psychiatry practice? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 455-476.
- Boulet, J. & Boss, M.W. (1991). Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment*, 3, 433-437.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.2. Separation*. New-York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York, NY: Basic Books. (Original work published 1969).
- Bowlby, J. (1991). Ethological light on psychoanalytical problems. Dans P. Bateson

- (dir.), *Development and integration of behaviour* (p.301-313). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship. An attachment story completion task for 3-year-olds. Dans M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.
- Breton, J.J., Chiniara, G., Berthiaume, C. & Service de recherche de l'hôpital Rivière des Prairies, C. A. N. (1996). Variables associées aux troubles mentaux et aux symptômes chez les enfants d'âge préscolaire inscrits en pédopsychiatrie. *Parents en souffrance: répercussions sur les liens précoces*, 6(1), 180-196.
- Brown, G.L., Schoppe-Sullivan, S.J., Mangelsdorf, S.C., Neff, C. (2010). Observed and reported supportive coparenting as predictors of infant–mother and infant–father attachment security. *Early Child Development and Care*, 180:121–137.
- Bruce, J., Tarullo, A.R., Gunnar, M.R. (2009). Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 21, 157-171.
- Campbell, S.B., Cohn, J.E., Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 49-357.
- Campbell, S.B., Brownell, C.A., Hungerford, A., Spieker, S.I., Mohan, R., Blessing, J.S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16(2), 231-252.
- Carlson, E.A. & Sroufe, L.A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. Dans D. Cicchetti & D.J. Cohen (dir.), *Handbook of developmental psychopathology*, volume I (p. 581-617). New York: Wiley.
- Cassidy, J., Marvin, R.S. & the MacArthur Working Group on Attachment. (1992). Attachment organization in preschool children: Coding guidelines (4<sup>th</sup> ed.). *Unpublished manuscript, University of Virginia, Charlottesville*.
- Cassidy, J. & Berlin, L.J. (1994), The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory

- and research. *Child Development*, 65, 971-991.
- Cassidy, B., Zoccolillo, M., Hughes, S. (1996). Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 379-384.
- Cassidy, J., Jones, J.D., Shaver, P.R. (2013). Contributions of attachment theory and research: A framework for future research, translation, and policy. *Development and Psychopathology*, 25, 1415-1434.
- Chisholm, K., Carter, M.C., Ames, E.W., Morison, S.J. (1995). Attachment security and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7, 283-294.
- Chisholm, K. (1998). A three-year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69(4), 1092-1106.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Jr., Kipp, H.L., Baumann, B.L., Lee, S.S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1424-1432.
- Cicchetti, D. & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. Dans D. Cicchetti & D.J. Cohen (dir.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and Adaptation*, volume 2 (p. 32-71). Oxford: John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D., Rogosch, F., Toth, S.L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.
- Cohn, D.A. (1990). Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development*, 61(1), 152-162.
- Cooper, P.J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H., Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93, 205-212.
- Cornish, A.M., McMahon, C.A., Ungerer, J.A., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. (2006). Maternal depression and the experience of parenting in the second

- postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 121-132.
- Coskun, M. & Kaya, I. (2016). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in preschool children referred to an outpatient psychiatry clinic. *Anadolu Kliniği*; 21(1), 42-7.
- Cowan, P. A. (1997). Beyond meta-analysis: A plea for a family systems view of attachment. *Child Development*, 68, 601-603.
- Cowan, P.A. & Cowan, C.P. (2002). Interventions as tests of family systems theories: marital and family relationships in children's development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 14(4), 731-759.
- Coyne, L.W., Low, C.M., Miller, A.L., Seifer, R., Dickson, S. (2007). Mothers' Empathetic Understanding of their Toddlers: Associations with Maternal Depression and Sensitivity. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 483-497.
- Creswell, C., Apetroaia, A., Murray, L., Cooper, P. (2013). Cognitive, affective, and behavioral characteristics of mothers with anxiety disorders in the context of child anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 26-38.
- Crnic, K. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. Dans M. Bornstein (dir.), *Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting (2<sup>nd</sup> ed.)*, volume 5 (p.243-267). Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, NJ.
- Crocq, M.A. & Guelfi, J.D. (2015). *DSM-5, version en français* (p.313-320). American Psychiatric Association, Elsevier-Masson.
- Cummings, E.M., Davies, P.T., Campbell, S.B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- Cyr, C. & Moss, E. (2001). The role of mother-child interaction and depression at preschool age in the prediction of child attachment at school-age. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 33, 77-87.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108.
- Deater-Deckard, K., Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: are there gender differences? *Journal of Family Psychology*, 10, 45-59.
- De Brock, A.J.L.L., Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M., Abidin, R.R. (1992). *Nijmeegse*

- Ouderlijke Stress Index*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- DeKlyen, M. & Greenberg, M.T. (2016). Attachment and Psychopathology in Childhood. Dans J. Cassidy & P.R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3<sup>rd</sup> ed., p.639-666). New York, NY: Guilford Press.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R Administration scoring and procedures manual -1*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Derogatis, L.R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual* (4<sup>th</sup> ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- DeVito, C. & Hopkins, J. (2001). Attachment, parenting, and marital dissatisfaction as predictors of disruptive behavior in preschoolers. *Development and Psychopathology*, 13(2), 215-231.
- DeWolff, M. & van IJzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Díaz-Herrero, Á., López-Pina, J.A., Pérez-López, J., De la Nuez, A.G.B., Martínez-Fuentes, M. (2013). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a sample of Spanish fathers. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 990-997.
- Dollberg, D., Feldman, R., Keren, M. (2010). Maternal representations, infant psychiatric status, and mother-child relationship in clinic-referred and non-referred infants. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 25-36.
- Donenberg, G. & Baker, B.L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(2), 179-198.
- Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K.E., Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: the role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72(5), 1467-1477.
- Drury, S.S., Gleason, M.M., Theall, K.P., Smyke, A.T., Nelson, C.A., Fox, N.A., Zeanah, C.H. (2012). Genetic sensitivity to the caregiving context: The influence

- of 5httlpr and BDNF val66met on indiscriminate social behavior. *Physiology and Behavior*, 106, 728-735.
- Dubois-Comtois, K. & Moss, E. (2004). Relation entre l'attachement et les interactions mère-enfant en milieu naturel et expérimental à l'âge scolaire. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 36(4), 267-279.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Moss, E. (2011). Attachment behavior and mother-child conversations as predictors of attachment representations in middle childhood: a longitudinal study. *Attachment and Human Development*, 13(4), 335-357.
- Dugravier, R., Guedeney, N., Mintz, A.S. (2006). Attachement et liens d'amitié. *Enfances et Psy*, 31(2), 20-8.
- Durukan, I., Erdem, M., Tufan, A.E., Congologlu, A., Yorbik, O., Turkbay, T. (2008). Depression and anxiety levels and coping strategies used by mothers of children with ADHD: a preliminary study. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9, 217-223.
- Edhborg M., Lundh W., Seimyr L., Widström A. M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives of Women's Mental Health*, 6 (3), 211-216.
- Eley, T.C., McAdams, T.A., Rijdijk, F.V., Lichtenstein, P., Narusyte, J., Reiss, D., Spotts, E.L. et al. (2015). The intergenerational transmission of anxiety: A children-of-twins study. *American Journal of Psychiatry*, 172, 630-637.
- Elicker, J., Englund, M., Sroufe, L.A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. Dans R.D. Parke, G. Ladd (dir.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (p.77-106). Erlbaum; Hillsdale, NJ.
- Emery, J. (2001). Les effets de la dépression maternelle sur la relation mère-enfant au cours des trois premières années de vie: état de la recherche actuelle et analyse critique. *Psychologie canadienne*, 42, 153-172.
- Epstein, T., Saltzman-Benaiah, J., O'Hare, A., Goll, J.C., Tuck, S. (2008). Associated features of Asperger Syndrome and their relationship to parenting stress. *Child: Care, Health and Development*, 34, 503-511.
- Equit, M., Paulus, F., Fuhrmann, P., Niemczyk, J., von Gontard, A. (2011).

- Comparison of ICD-10 and DC: 0-3R diagnoses in infants, toddlers and preschoolers. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(6), 623-633.
- Ertel, K.A., Rich-Edwards, J.W., Koenen, K.C. (2011). Maternal depression in the United States: nationally representative rates and risks. *Journal of Women's Health*, 20, 1609-1617.
- Escalona, S. (1968). *The Roots Individuality*, Chicago, Adline.
- Evans T, Whittingham K, Boyd R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well adjusted? *Infant Behavioural Development*; 35 (1) 1-11.
- Fearon, R.M.P. & Belsky, J. (2011). Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary school years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 782-791.
- Fearon, R.M.P. & Belsky, J. (2016). Precursors of Attachment Security. Dans J. Cassidy & P.R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (3<sup>rd</sup> ed., p.291-313)*. New York, NY: Guilford Press.
- Finger, B., Hans, S. L., Bernstein, V. J., & Cox, S. M. (2009). Parent relationship quality and infant-mother attachment. *Attachment and human development*, 11 (3), 285- 306.
- Fortin, M.F., Coutu-Wakulczyk, G., Engelsmann, F. (1989). Contribution to the validation of the SCL-90-R in French-speaking women. *Health Care for Women International*, 10, 27-41.
- Garvin, M.C., Tarullo, A.R., Van Ryzin, M., Gunnar, M.R. (2012). Postadoption parenting and socioemotional development in post institutionalized children. *Development and Psychopathology*, 24(1), 35-48.
- Gaumon, S., Paquette, D., Cyr, C., Émond-Nakamura, M., St-André, M. (2016). Anxiety and Attachment to the mother in preschoolers receiving psychiatric care: the father child activation relationship as a protective factor. *Infant Mental Health Journal*, 37(4), 372-387.
- Gelfand, D.M. & Teti, D.M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, 10, 329-353.
- George, C. & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. Dans J. Cassidy & P.R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment theory*



- and research* (p.649-670). New York: Guilford Press.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M.R., Moini, R. (2008). Comorbidity of Psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12, 149-155.
- Gleason, M.M., Fox, N.A., Drury, S., Smyke, A., Egger, H.L., Nelson, C.A., 3<sup>rd</sup>, Zeanah, C.H. (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(3), 216-231.
- Gleason, M.M., Fox, N.A., Drury, S.S., Smyke, A.T., Nelson, C.A., 3<sup>rd</sup>, Zeanah, C.H. (2014). Indiscriminate behaviors in previously institutionalized young children. *Pediatrics*, 133(3), 657- 665.
- Goldfarb, W. (1945). Effects of psychological deprivation in infancy. *American Journal of Psychiatry*, 102, 18-33.
- Goodman, S.H. & Brumley, H.E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*, 26, 31-39.
- Goodman, S.H. & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490.
- Goodman, S.H. (2007). Depression in mothers. Dans S. Nolen-Hoeksema, T.D. Cannon, T. Widiger (dir.), *Annual review of clinical psychology*, volume 3 (p. 107-135). Palo Alto: Annual Reviews.
- Goodman, S.H., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M., Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1-27.
- Gosselin, M. & Bergeron, J. (1993). Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90. Montréal, Québec, Canada: Cahier de recherche du RISQ.
- Gottlieb, G. (2007). Probabilistic epigenesis. *Developmental Science*, 10, 1-11.
- Gourley, L., Wind, C., Henninger, E.M., Chinitz, S. (2013). Sensory processing difficulties, behavioral problems, and parental stress in a clinical population of

- young children. *Journal of Child and Family Studies*, 22(7), 912-921.
- Greenberg, M.T., Speltz, M.L., DeKlyen, M., Endriga, M. (1992). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. *Development and Psychopathology*, 3, 413-430.
- Greenberg, M.T., Speltz, M.L., DeKlyen, M., Jones, K. (2001). Correlates of clinic referral for early conduct problems: variable- and person-oriented approaches. *Development and Psychopathology*, 13(2), 255-276.
- Groark, C.J., Muhamedrahimov R.J., Palmov, O.I., Nikiforova, N.V., McCall, R.B. (2005). Improvements in early care in Russian orphanages and their relationship to observed behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 26, 96-109.
- Grube M. (2005). Inpatient Treatment of Women with Postpartum Psychiatric Disorders: the Role of the Male Partners. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 163-170.
- Hadadian, A. & Merbler, J. (1996). Mother's stress: Implications for attachment relationships. *Early Child Development and Care*, 125, 59-66.
- Haskett, M.E., Ahern, L.S., Ward, C.S., Allaire, J.C. (2006). Factor structure and validity of the parenting stress index-short form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 302-312.
- Hauser-Cram, P., Warfield, M., Shonkoff, J., Krauss, M. (2001). Children with disabilities. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66, 1-114 (3 Serial No. 266).
- Hayes, S.A. & Watson, S.L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 629-642.
- Hock, E., McBride, S.L., Gnezda, M.T. (1989). Maternal separation anxiety: Mother-infant separation from the maternal perspective. *Child Development*, 60, 793-802.
- Hodges, J. & Tizard, B. (1989). Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 77-97.
- Hodges, W.F., London, J., Colwell, J.B. (1990). Stress in parents and late elementary age children in divorced and intact families and child adjustment. *Journal of*

- Divorce & Remarriage*, 14, 63-79.
- Hopkins, D. (1992). Echec du Holding, *Devenir*, volume 4, 49-67.
- Hummel, A.C. & Kiel, E.J. (2015). Maternal depressive symptoms, maternal behavior and toddler internalizing outcomes: A moderated mediation model. *Child Psychiatry and Human Development*, 46, 21-33.
- Hummel, A.C., Keil, E.J., Zvirblyte, S. (2016). Bidirectional effects of positive affect, warmth, and interactions between mothers with and without symptoms of depression and their toddlers. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 781-789.
- Hutcheson, J. & Black, M. (1996), Psychometric properties of the Parenting Stress Index in a sample of low-income African-American mothers of infants and toddlers, *Early Education and Development*, 7(4), 381-400.
- Jacobson, S.W. & Frye, K.F. (1991). Effect of maternal social support on attachment: experimental evidence. *Child Development*, 62(3), 572-582.
- Jacobvitz, D., Leon, K., Hazen, N. (2006). Does expectant mothers' unresolved trauma predict frightened/frightening maternal behavior? Risk and protective factors. *Development and Psychopathology*, 18(2), 363-379.
- Jarvis, P.A. & Creasey, G. (1991). Parental stress, coping, and attachment in families with an 18-month-old infant. *Infant Behaviour and Development*, 14, 383-395.
- Jones, W., Bellugi, U., Lai, Z., Chiles, M., Reilly, J., Lincoln, A., Adolphs, R. (2000). II: hypersociability in Williams syndrome. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12, 30-46.
- Jonkman, C.S., Oosterman, M., Schuengel, C., Bolle, E.A., Boer, F., Lindauer, R.J. (2014). Disturbances in attachment: inhibited and disinhibited symptoms in foster children. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 8, 21.
- Johnson, M.E., Chipp, C.L., Brems, C., Neal, D.B. (2008). Receiver operating characteristics for the brief symptom inventory depression, paranoid ideation, and psychoticism scales in a large sample of clinical inpatients. *Psychological Reports*, 102(3), 695-705.
- Keren, M., Feldman, R., Tyano, S. (2001). Diagnoses and interactive patterns of infant referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 27-35.

- Keren, M., Dollberg, D., Koster, T., Danino, K., Feldman, R. (2010). Family functioning and interactive patterns in the context of infant psychopathology. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 597-604.
- Kerns, K.A. & Brumariu, L.E. (2016) Attachment in middle childhood. Dans J. Cassidy & P. Shaver (dir.), *Handbook of attachment (3<sup>rd</sup> ed., p.349-365)*. Guilford Press; New York.
- Kertz, S.J., Smith, C.L., Chapman, L.K., Woodruff-Borden, J. (2008). Maternal sensitivity and anxiety: Impacts on child outcome. *Child & Family Behavior Therapy*, 30, 153-171.
- Kessler, R.C., Keller, M.B., Wittchen, H.U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 19-39.
- Kessler, R.C. (2006). The Epidemiology of Depression among Women. Dans C.M. Keyes, S.H. Goodman, C.M. Keyes & S.H. Goodman (dir.), *Women and depression: A handbook for the social, behavioral and biomedical sciences* (p.22-37). New York: Cambridge University Press.
- Kiernan, K.E. & Huerta, M.C. (2008). Economic deprivation, maternal depression, parenting and children's cognitive and emotional development in early childhood. *British Journal of Sociology*, 59(4), 783-806.
- Kobak, R.R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., Zir, Y. (2006). Attachment, stress and psychopathology: A developmental pathways model. Dans D. Cicchetti, & D.J. Cohen (dir.), *Handbook of Developmental Psychopathology*, volume 1 (p.333-369). Cambridge, UK: University Press.
- Lacharité, C., Éthier, L., Piché, C. (1992). Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire: Validation et normes québécoises pour l'inventaire de stress parental. *Santé Mentale au Québec*, 17(2), 183-204.
- Lacharité, C., Éthier, L.S., Couture, G. (1999). Sensibilité et spécificité de l'Indice de Stress Parental face à des situations de mauvais traitements d'enfants. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 31(4), 217-220.
- Lalande, C., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Losier, V., Paquette, D., Emery, J. (2012). Les comportements d'attachement indiscriminé chez les enfants de mères

- adolescentes : étiologie et facteurs de risque. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 73-83.
- Lawler, J.M., Hostinar, C.E., Mliner, S.B., Gunnar, M.R. (2014). Disinhibited social engagement in post institutionalized children: differentiating normal from atypical behavior. *Development and Psychopathology*, 26(2), 451-464.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York, NY Springer Publishing Company.
- Lewin A., Mitchell S.J., Waters D., Hodgkinson S., Southammakosane C., Gilmore J. (2015). The protective effects of father involvement for infants of teen mothers with depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 1016-1023.
- Love, L., Minnis, H., O'Connor, S. (2015). Factors Associated with Indiscriminate Friendliness in High-Risk Children. *Infant Mental Health Journal*, 36(4), 427-445.
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E., Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592.
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1993). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. Psychology Foundation Monograph (Available from the Psychology Foundation, Room 1005 Mathews Building, University of New South Wales, NSW 2052, Australia).
- Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H., Botein, S., Zoll, D. (1984). Maternal family history, maternal caretaking and infant attachment in multiproblem families. *Preventive Psychiatry*, 2, 403-425.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M.A., Cibelli, C.D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, 33(4), 681-692.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., Parsons, E. (1999). Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Part IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. Dans J. Vondra & D. Barnett (dir.), *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research, and current directions. Monographs of the Society*

*for Research in Child Development*, 64(3), 67-96.

- Lyons-Ruth, K., Bureau, J.F., Riley, C.D., Atlas-Corbett, A.F. (2009). Socially indiscriminate attachment behavior in the Strange Situation: convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Development and Psychopathology*, 21(2), 355-372.
- Lyons-Ruth, K. (2015). Commentary: Should we move away from an attachment framework for understanding disinhibited social engagement disorder (DSED)? A commentary on Zeanah and Gleason. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 223-227.
- Main, M. (1981). Avoidance in the service of attachment: a working paper. Dans K. Immelman, G. Barlow, L. Petrino, M. Main (dir.), *Behavioral development: The Bielefeld interdisciplinary program* (p.651-693). Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Dans I. Bretherton & E. Waters (dir.), *Growing points of attachment theory and research. Monograph of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209), 66-104.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern. Dans T.B. Brazelton & M.W. Yogman (dir.), *Affective Development in Infancy* (p.95-124). Norwood: Ablex.
- Main, M. & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant Disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M.T. Greenberg, D. Gicchetti & E.M. Gummings (dir.), *Attachment in the preschool years* (p.161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M.T. Greenberg, D. Gicchetti, & E.M. Gummings (dir.), *Attachment in the preschool*

- years (p.121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. (1998). De l'attachement à la psychopathologie, *Enfance*, 3, 13-27.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J., Swinson, R.P. (1994). Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1106-1113.
- Martins, C. & Gaffan, E.A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 737-746.
- Marvin, R.S. & Stewart, R.B. (1990). A family systems framework for the study of attachment. Dans M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (p.51-86). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Marvin, R.S., Britner, P.A., Russel, B.S. (2016). Normative Development: The Ontology of Attachment in Childhood. Dans J. Cassidy & P.R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3<sup>rd</sup> ed., p.273-290). New York, NY: Guilford Press.
- McBride, B.B. & Mills, G. (1994). A comparison of mother and father involvement with their preschool age children. *Early Childhood Research Quarterly*, 8, 457-477.
- McLennan, J.D., Kotelchuck, M., Cho, H. (2001). Prevalence, persistence, and correlates of depressive symptoms in a national sample of mothers of toddlers. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1316-1323.
- McLeod, B.D., Wood, J. J., Weisz, J.R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172.
- McMahon, C.A., Barnett, B., Kowalenko, N.M., Tennant, C.C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 660-669.
- Mesman, J., van IJzendoorn, M.H., Sagi-Schwartz, A. (2016). Cross-Cultural Patterns of Attachment, universal and contextual dimensions. Dans J. Cassidy & P.R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3<sup>rd</sup> ed., p.852-877). New York, NY: Guilford Press.

- Mezulis A.H., Hyde J.S. & Clark R. (2004). Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten, *Journal of Family Psychology*, 18(4), 575-588.
- Middleton, M., Scott, S.L., Renk, K. (2009). Parental depression, parenting behaviours, and behaviour problems in young children. *Infant and Child Development*, 18, 323-336.
- Mills-Koonce, W.R., Garipey, J.L., Sutton, K., Cox, M.J. (2008). Changes in maternal sensitivity across the first three years: are mothers from different attachment dyads influenced by depressive symptomatology? *Attachment and Human Development*, 10(3), 299-317.
- Minnis, H., Marwick, H., Arthur, J., McLaughlin, A. (2006). Reactive attachment disorder-A theoretical model beyond attachment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(6), 336-42.
- Minnis, H., Reekie, J., Young, D., O'Connor, T., Ronald, A., Gray, A., Plomin, R. (2007). Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviours. *British Journal of Psychiatry*, 190, 490-495.
- Mitchell, M.C., Burns, N.R., Dorstyn, D.S. (2008). Screening for depression and anxiety in spinal cord injury with DASS-21. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 46(8), 547-551.
- Moore, P.S., Whaley, S.E., Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 471-476.
- Moss, E., Cyr, C., Dubois-Comtois, K. (2004a). Attachment at early school age and developmental risk: examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40(4), 519-532.
- Moss, E., Bureau, J.F., Cyr, C., Mongeau, C., St-Laurent, D. (2004b). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the Preschool Attachment Classification System. *Developmental Psychology*, 40, 323-334.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal



- sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23, 195-210.
- Moss, E., Lecompte, V., Bureau, J.F. (2015). Preschool and Early School-Age Attachment Rating Scales (PARS). Unpublished manuscript.
- Mubarak, A., Cyr, C., St-André, M., Paquette, D., Emond-Nakamura, M., Boisjoly, L., . . . Stikarovska, I. (2016). Child attachment and sensory regulation in psychiatric clinic-referred preschoolers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1-16.
- Muhamedrahimov, R.J., Palm, O.I., Nikiforova, N.V., Groark, C.J., McCall, R.B. (2004). Institution-based early intervention program. *Infant Mental Health Journal*, 25, 488-501.
- Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T., Honjo, S. (2003). Depression in the mother and maternal attachment: results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology*, 36(3), 142-151.
- Nakagawa, M., Teti, D.M., Lamb, M.E. (1992). An ecological study of child mother attachments among Japanese sojourners in the United States. *Developmental Psychology*, 28(4), 584-592.
- NICHD Early Child Care Research Network (1997). The effects of infant child care on infant-mother attachment security Results of the NICHD study of early child care, *Child Development*, 68, 860-879
- Nicol-Harper, R., Harvey, A.G., Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 161-167.
- O'Connor, T., Bredenkamp, D., Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal* 20, 10-29.
- O'Connor, T.G., Marvin, R.S., Rutter, M., Olrick, J.T., Britner, P.A. & the English and Romanian Adoptees Study Team (2003). Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology*, 15(1), 19-38.
- O'Connor, T.G. & Zeanah, C.H. (2003). Attachment disorders: assessment strategies and treatment approaches. *Attachment and Human Development*, 5(3), 223-244.

- Oliveira, P.S., Soares, I., Martins, C., Silva, J.R., Marques, S., Baptista, J., Lyons-Ruth, K. (2012). Indiscriminate Behavior Observed in the Strange Situation among Institutionalized Toddlers: Relations to Caregiver Report and to Early Family Risk. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 187-196.
- Pears, K.C., Bruce, J., Fisher, P.A., Kim, H.K. (2010). Indiscriminate friendliness in maltreated foster children. *Child Maltreatment*, 15(1), 64-75.
- Provence, S. & Lipton, R.C. (1962). *Infants in institutions*. New York, NY: International Universities Press.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Reitman, D., Currier, R.O., Stickle, T.R. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a head start population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 384-392.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366.
- Riggs, S.A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkison, H., Ross, C.A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology*, 19, 263-291.
- Riley, C., Atlas-Corbett, A., Lyons-Ruth, K. (2005). Rating of Infant-Stranger Engagement (RISE) coding system. Department of Psychiatry, Harvard Medical School at the Cambridge Hospital; Cambridge, MA. Unpublished manual.
- Roach, M., Orsmond, G., Barratt, M. (1999). Mothers and fathers of children with down syndrome: parental stress and involvement in childcare. *American Journal on Mental Retardation* 104, 422-436.
- Robbins Broth, M., Goodman, S.H., Hall, C., Raynor, L.C. (2004). Depressed and well mothers' emotion interpretation accuracy and the quality of mother-infant interaction. *Infancy*, 6, 37-55.
- Rodriguez, C. (2011). Association between independent reports of maternal parenting stress and children's internalizing symptomatology. *Journal of Child and Family Studies*, 20,

631-639.

- Rogosch, F.A., Cicchetti, D., Toth, S.L. (2004). Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 16(3), 689-709.
- Roy, P., Rutter, M., Pickles, A. (2004). Institutional care: associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 866-873.
- Rutter, M.L., Kreppner, J.M., O'Connor, T.G., English & Romanian Adoptees (ERA) study, team (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., . . . Sonuga-Barke, E.J. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 17-30.
- Sameroff, A. & Fiese, B. (2000). Models of development and developmental risk. Dans C.H. Zeanah (dir.), *Handbook of infant mental health* (p.3-20). Guilford, New York.
- Sameroff, A.J. (2009). Conceptual issues in studying the development of self-regulation. Dans S.L. Olson, A.J. Sameroff (dir.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems* (p.1-18). New York: Cambridge University Press.
- Scheper, F.Y., Abrahamse, M.E., Jonkman, C.S., Schuengel, C., Lindauer, R.J., de Vries, A.L., Jansen, L.M. (2016). Inhibited attachment behaviour and disinhibited social engagement behaviour as relevant concepts in referred home reared children. *Child Care Health Development*, 42(4), 544-552.
- Scher, A. & Mayseless, O. (2000). Mothers of anxious/ambivalent infants: maternal characteristics and child-care context. *Child Development*, 71(6), 1629-1639.
- Schneider-Rosen, K., Braunwald, K.G., Carlson, V., Cicchetti, D. (1985). Current perspectives in attachment theory: Illustration from the study of maltreated infants. Dans I. Bretherton & E. Waters (dir.), *Growing points in attachment theory and research: Monographs of the Society for Research in Child*

- Development* (p.194-210). Chicago: University of Chicago Press.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganised infant attachment *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54-63.
- Segenreich, D., Fortes, D., Coutinho, G., Pastura, G., Mattos, P. (2009). Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 42, 465-469.
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J.A., Rapee, R.M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 131-143.
- Smith, T.B., Oliver, M.N., Innocenti, M.S. (2001). Parenting stress in families of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 257-261.
- Smyke, A.T. & Zeanah, C.H. (1999). Disturbances of attachment interview. Available on the Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Website at [www.jaacap.com](http://www.jaacap.com) via Article Plus.
- Smyke, A.T., Dumitresku, A., Zeanah, C.H. (2002). Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 972-982.
- Smyke, A.T., Zeanah, C.H., Fox, N.A., Nelson, C.A. (2009). Psychosocial interventions: Bucharest Early Intervention Project. Dans D. Schechter & M.M. Gleason (dir.). *Infant and Early Childhood Mental Health, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North Carolina*, volume 18 (p.721-734). Philadelphia: Saunders.
- Smyke, A.T., Zeanah, C.H., Fox, N.A., Nelson, C.A., Guthrie, D. (2010). Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Development*, 81(1), 212-223.
- Snaith, R.P. & Zigmond, A.S. (1994). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Windsor: NFER-Nelson.
- Solis, M.L. & Abidin, R.R. (1991). The Spanish version Parenting Stress Index: A psychometric study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 372-378.
- Solomon, J. & George, C. (2008). The measurement of attachment security and related

- constructs in infancy and early childhood. Dans J. Cassidy & P. Shaver (dir.), *Handbook of attachment* (2<sup>nd</sup> ed., p.833-856). New York: Guilford Press.
- Soltanifar, A., Moharreri, F., Soltanifar, A. (2009). Depressive and Anxiety Symptoms in Mothers of Children with ADHD Compared to the Control Group. *Iranian Journal of Psychiatry*, 4(3), 112-5.
- Speltz, M.L., Greenberg, M.T., Deklyen, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of clinic-referred and nonproblem children. *Development and Psychopathology*, 2, 31-46.
- Speltz, M.L., DeKlyen, M., Greenberg, M.T. (1999). Attachment in boys with early onset conduct problems. *Development and Psychopathology*, 11(2), 269-285.
- Spieker, S.J. & Booth, C.L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. Dans J. Belsky & T. Nezworski, (dir.), *Clinical implications of attachment* (p.95-135). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), 1: history, rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Sroufe, L.A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. Dans J. Belsky & T. Nezworski (dir.), *Clinical implications of attachment* (p.18-38). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21(1/2), 67-74.
- Statistique Canada (2011). Un portrait statistique des familles au Québec, Ministère de la Famille et des Aînés. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.  
<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/chiffres-famille-quebec/portrait-statistique/Pages/index.aspx>
- Stevenson-Hinde, J. & Shouldice, A. (1995). Maternal interactions and self-reports related to attachment classifications at 4.5 years. *Child Development*, 66, 583-596.
- Stevenson-Hinde, J., Shouldice, A., Chicot, R. (2011). Maternal anxiety, behavioral inhibition, and attachment. *Attachment & Human Development*, 13(3), 199-215.
- Stukenberg, K.W., Dura, J.R., Kiecolt-Glaser, J.K. (1990). Depression screening scale

- validation in an elderly, community-dwelling population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 134-138.
- Tarabulsky, G.M., Bernier, A., Provost, M.A., Maranda, J., Larose, S., Moss, E., Larose M., Tessier R. (2005). Another look inside the gap: Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother-infant dyads. *Developmental Psychology*, 41, 212-224.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio D., Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19, 151-188.
- Teti, D.M., Nakagawa, M., Das, R., Wirth, O. (1991). Security of attachment between preschoolers and their mothers: Relations among social interaction, parenting stress, and mothers' sorts of the attachment Q-Set. *Developmental Psychology*, 27(3), 440-447.
- Teti, D.M., Gelfand, D.M., Messinger, D.S., Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1997). The Preschool Assessment of Attachment: construct validity in a sample of depressed and nondepressed families. *Development and Psychopathology*, 9(3), 517-536.
- Theule, J., Wiener, J., Jenkins, J., Tannock, R. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21, 3-17.
- Tharner, A., Luijk, M.P., van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Jaddoe, V.W., Hofman, A., Tiemeier, H. (2012a). Maternal lifetime history of depression and depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant-mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. *Attachment & Human Development*, 14(1), 63-81.
- Tharner, A., Luijk, M.P.C.M., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., Jaddoe, V.W.V., Hofman, A., Verhulst, A., Tiemeier, H. (2012b). Infant attachment, parenting stress, and child emotional and behavioral problems at age 3 years. *Parenting: Science and Practice*, 12, 261-281.

- Thomas, J. & Clark, R. (1998). Disruptive behavior in the very young child: diagnostic classification: 0-3 guides identification of risk factors and relational intervention. *Infant Mental Health Journal*, 19, 229-244.
- Thompson, R.J., Merritt, K.A., Keith, B.R., Bennett, L., Johndrown, D.A. (1993). The role of maternal stress and family functioning in maternal distress and mother-reported psychological adjustment of non-referred children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 78-84.
- Thompson, R.A. (2016). Early attachment and later development: reframing the questions. Dans J.Cassidy & P.R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment (3<sup>rd</sup> ed.* p.331-348). Guilford; New York, NY.
- Tissot H., Frascarolo, F., Despland J.F., Favez, N. (2011). Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychiatrie de l'enfant*, 54(2) 611-37.
- Tizard, B. & Rees, J. (1975). The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 61-73.
- Tizard, B. (1977). *Adoption: A second chance*. London: Open books
- Toth, S.L., Rogosch, F.A., Sturge-Apple, M., Cicchetti, D. (2009). Maternal depression, children's attachment security, and representational development: an organizational perspective. *Child Development*, 80(1), 192-208.
- Trapolini, T., Ungerer, J.A., McMahon, C.A. (2007). Maternal depression and children's attachment representations during the preschool years. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 247-261.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Roberson-Nay, R., Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 541-554.
- Van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. (2010). Infants' physical and cognitive development after international adoption from foster care or institutions in China. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(2), 144-150.
- Van der Bruggen, C.O., Stams, G.J., Bogels, S.M. (2008). Research review: the relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic

- review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1257-1269.
- Van der Bruggen, C.O., Bögels, S.M., van Zeilst, N. (2010). What influences parental controlling behavior? The role of parent and child trait anxiety. *Cognition & Emotion*, 24, 141-149.
- van IJzendoorn, M.H., Goldberg, S., Kroonenberg, P.M., Frenkel, O.J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63(4), 840-858.
- van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-249.
- Wan, M.W. & Green, J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 123-134.
- Ward, M.J., Lee, S.S., Poan, H.J. (2006). Attachment and psychopathology in a community sample. *Attachment & Human Development*, 8, 327-340.
- Weinberg, M.K. & Tronick, E.Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(2), 53-61.
- Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E.A. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment. Dans J. Cassidy & P.R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2<sup>nd</sup> ed., p.78-101). New York, NY: Guilford Press.
- West, A.E. & Newman, D.L. (2003). Worried and blue: Mild parental anxiety and depression in relation to the development of young children's temperament and behavior problems. *Parenting: Science and Practice*, 3, 133-154.
- Whaley, S.E., Pinto, A., Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 826-836.
- Whiteside-Mansell, L., Ayoub, C., McKelvey, L., Faldowski, R.A., Hart, A., Shears, J. (2007). Parenting stress of low-income parents of toddlers and preschoolers: Psychometric properties of a short form of the Parenting Stress Index. *Parenting*, 7, 26-56.



- Wilens, T.E., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J., Spencer, T.J. (2002). Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23 (1 Suppl), S31-36.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374.
- Zeanah, C.H., Smyke, A.T., Dumitrescu, A. (2002). Attachment disturbances in young children. II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 983-989.
- Zeanah, C.H., Scheeringa, M., Boris, N.W., Heller, S.S., Smyke, A.T., Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 877-888.
- Zeanah, C.H., Smyke, A.T., Koga, S.F., Carlson, E. & Bucharest Early Intervention Project, Core, G. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028.
- Zeanah, C.H. & Smyke, A.T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 219-233.
- Zeanah, C., Berlin, L.J., Boris, N. (2011). Practitioner review: clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 819-833.
- Zeanah, C.H. & Gleason, M.M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood: clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207-222.
- Zeanah, C.H. & Smyke, A.T. (2015). Disorders of attachment and social engagement related to deprivation. Dans A. Thapar, D.S. Pine, J.F. Leckman, S. Scott, M.J. Snowling & E. Taylor (dir.), *Rutter's child and adolescent psychiatry (6<sup>th</sup> ed., p.793-805)*. London: Wiley-Blackwell.
- Zeanah, C.H., Chesher, T., Boris, N.W., American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Committee on Quality, I. (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Reactive

Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(11), 990-1003.

